UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1942. — N° 27

Contribution à l'étude des fléaux qui menacent la mère et l'enfant indigènes en Algérie

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Juillet 1942

PAR

BOUCHET JACQUES

Ancien externe des hôpitaux d'Alger
Interne à l'hôpital de Constantine

né le 25 Juin 1915 à Nedroma (Oran)

MEMBRES DU JURY :

MM. LAFFONT, Professeur de clinique obstétricale et de puériculture du 1er âge	*Président.*
GIBERTON, Professeur d'Hygiène, hydrologie et climatologie	*Juges*
SARROUY, Professeur de Clinique médicale et d'hygiène infantile	*Juges*
MANCEAUX, Médecin des hôpitaux, chargé des fonctions d'agrégé	*Juges*

IMPRIMERIES "LA TYPO-LITHO"
ET JULES CARBONEL RÉUNIES
2, RUE DE NORMANDIE - ALGER

1942

ALGER, 8422

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1942. — N° 27

Contribution à l'étude des fléaux qui menacent la mère et l'enfant indigènes en Algérie

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Juillet 1942

PAR

BOUCHET JACQUES
Ancien externe des hôpitaux d'Alger
Interne à l'hôpital de Constantine
né le 25 Juin 1915 à Nedroma (Oran)

MEMBRES DU JURY :

MM. LAFFONT, Professeur de clinique obstétricale et de puériculture du 1er âge ..... *Président*

GIBERTON, Professeur d'Hygiène, hydrologie et climatologie ..... } *Juges*

SARROUY, Professeur de Clinique médicale et d'hygiène infantile ..... } *Juges*

MANCEAUX, Médecin des hôpitaux, chargé des fonctions d'agrégé ..... } *Juges*

IMPRIMERIES "LA TYPO-LITHO"
T JULES CARBONEL RÉUNIES
3, RUE DE NORMANDIE - ALGER

1942

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

DOYEN ..... MM. LEBON (O. ✻, ✠, I. ✠).
DOYEN HONORAIRE. ..... LEBLANC (✻, ✠, I. ✠)
ASSESSEUR ..... CABANES (✻, ✠, I. ✠).

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. ✻, ✠, I. ✠).
Histologie et Embryologie	BENOIT (I. ✠)
Clinique gynécologique	CABANES (✻, ✠, I. ✠).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (O. ✻, ✠, I. ✠).
Chimie biologique et médicale	ETTORI (A ✠).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (I. ✠, ❁, O. ✻).
Hygiène, hydrologie et climatologie	GIBERTON (A. ✠).
Clinique obstétricale et de puériculture du 1er âge	LAFFONT (O. ✻, ✠, I. ✠).
Clinique thérapeutique médicale	LEBON (O. ✻, ✠, I. ✠).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOMBARD (✻, ✠, I. ✠).
Anatomie pathologique	MONTPELLIER (I. ✠).
Pharmacie	MUSSO (✻, I. ✠).
Clinique psychiatrique	POROT (I. ✠).
Physique médicale	PORTES (✻, ✠, I. ✠).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (✻, ✠, I. ✠).
Anatomie	de RIBET (✻, ✠, I. ✠).
Clinique médicale et Hygiène infantile	SARROUY (✻, ✠,).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (✻, ✠, I. ✠).
Clinique ophtalmologique	TOULANT (✻, ✠, I. ✠).
Physiologie	N...
Médecine légale	N ..
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	N. .
Bactériologie	N...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (✻, ✠, I. ✠).
COURRIER (✻, ✠, I. ✠).
GILLOT (I. ✠).
MM. LEBLANC (✻, ✠, I. ✠).
WEBER (✻, ✠, I. ✠).
PINOY (✻, I. ✠).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. HOUEL (✻, ✠, I. ✠), agrégé pérennisé (Obstétrique).
M. FERRARI, (✻, I. ✠), Agrégé (Chirurgie).

AGRÉGÉ PÉRENNISÉ

Histoire naturelle pharmaceutique ..... M. ROQUES (A. ✠).

AGRÉGÉS

Accouchements	MM. JAHIER
Médecine	LACROIX (A. ✠).
	THIODET (✻).
	N...
Histologie	KEHL.
Chirurgie	CURTILLET
	GOINARD
	SABADINI (A. ✠).
Anatomie pathologique	N...
Anatomie	N...
Chimie médicale	N...
Physiologie	N...
Pharmacie	MONNET

AGRÉGÉS LIBRES

Physiologie	MM. BATTEZ.
Chirurgie	DUBOUCHER (I. ✠).

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Je dédie cette thèse :

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Qui, au début de la Grande Guerre, a volontairement et noblement recherché le sacrifice de sa jeunesse et de sa vie pour nous donner le jour.

A MA TANTE JEANNE

Dont la vie de douceur a gravé dans mon cœur un tendre et ineffaçable souvenir.

A MA GRAND'MERE

A MON PERE

Qui, au prix de grands sacrifices, m'a inlassablement incité à mener à bien mes études. Témoignage trop faible de ma reconnaissance filiale et de mon immense affection.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542710_0045

A MA PETITE MERE

A MA FEMME

A MA SŒUR

A MON FRERE

A MA BELLE FAMILLE

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Laffont

Professeur de Clinique Obstétricale
et de Puériculture du premier âge

Avec l'hommage respectueux de ma reconnaissance pour la courtoisie de son accueil et l'honneur qu'il m'accorde en acceptant de présider cette thèse.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur GIBERTON

Professeur d'Hygiène, Hydrologie et Climatologie

Monsieur le Professeur SARROUY

Professeur de Clinique Médicale
et Hygiène infantile

Monsieur le Docteur MANCEAUX

Médecin des Hôpitaux
Chargé des fonctions d'Agrégé

A MES MAITRES DES HOPITAUX
D'ALGER ET DE CONSTANTINE

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A Monsieur le Docteur Bonafos

Chirurgien-chef de l'Hôpital d'Aïn-Témouchent

Il a bien voulu nous guider et nous encourager au cours de ce travail dont il a accumulé les éléments. Il a été pour nous un maître admiré. Il nous fit l'honneur de nous témoigner une bienveillante sympathie.

Qu'il reçoive ici une marque de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Masselot

Médecin des Hôpitaux de Constantine

Votre sens clinique et votre droiture seront toujours pour nous un exemple dans l'exercice de notre art.

Puissiez-vous trouver ici l'hommage de notre plus vive gratitude.

A MES AMIS

Messieurs les Docteurs Gerstlé et Ferrero

A TOUS MES AMIS D'ALGER
ET DE CONSTANTINE

PLAN

INTRODUCTION.

LES COUTUMES MUSULMANES.

1° *Le fatalisme musulman.*

2° *L'ignorance de la femme indigène. Sa vie.*

a) Enfant.

b) Fillette.

c) Nubile.

d) Femme.

e) Stérilité.

f) Grossesse.

g) Accouchement.

3° *Conclusions.*

a) Nombre des accidents survenant au cours de la gestation du fait de l'ignorance et des fâcheuses coutumes.

b) Importance de la dystocie en milieu indigène. Part de l'ignorance et du fatalisme dans cette dystocie.

c) Influences des facteurs psychologiques musulmans sur les suites de couches :

— accidents mécaniques,

— accidents infectieux.

d) Comment lutter contre ce facteur psychologique néfaste :

— école obligatoire gratuite,

— propagande médicale dirigée.

Les fléaux pathologiques.

1° *Chez l'enfant.*

a) Mortinatalité.

1. Syphilis.
2. Paludisme.
3. Dystocies.
4. Précocité du mariage.

b) Mortalité et morbidité infantiles.

2° *Chez la mère.*

a) L'ostéomalacie.

b) Fléaux inhérents à la pathologie algérienne :

1. Syphilis.
2. Métrites gonococciques.
3. Paludisme.
4. Maladies contagieuses et troubles de carence.
5. Fléaux importés en Algérie :

— la tuberculose,
— l'alcoolisme.

Prophylaxie.

1° *Augmenter le nombre des naissances.*

a) Lutte contre la stérilité.

b) Assistance à la mère et à l'enfant.

2° *Diminuer la mortalité indigène.*

a) Combattre les fléaux pathologiques de la grossesse.

b) Lutter contre la dystocie.

c) Organiser un système d'assistance aux nouveau-nés.

Conclusion.

INTRODUCTION

Après notre arrivée en Algérie, deux problèmes se sont immédiatement posés : d'abord la question de l'eau, ensuite celle de la prophylaxie.

La question de l'eau était un problème vital pour l'Algérie. En effet, pays où les pluies sont rares et très mal réparties dans le temps et dans l'espace, il était de toute nécessité d'établir des réserves d'eau pour parer aux périodes de sécheresse et pour éviter ainsi la misère de tout le Tell algérien. Ce problème, à l'heure actuelle, est en partie résolu grâce aux travaux effectués dans la construction des grands barrages tels que ceux du Ghrib, d'Oued-Fodda, des Beni-Badel, etc...

Il n'en est malheureusement encore pas de même en ce qui concerne le problème de l'eugénique et de la prophylaxie chez les indigènes. Dans ce domaine, malgré les progrès qui ont été réalisés, il reste encore beaucoup à faire.

Le but de notre travail est de signaler les fléaux qui menacent la mère et l'enfant indigènes. Cette question est toute d'actualité.

En effet, à l'heure où la dénatalité française progressivement croissante tend à refouler notre pays au rang de nation secondaire, à l'heure où notre France meurtrie tend de toutes ses forces à se relever, quoi de plus pressant que de porter ses premiers regards, ses premiers soins vers la mère et l'enfant ?

A l'heure où plus que jamais nous apparaît l'intérêt supérieur du pays, la stérilité malfaisante due à l'égoïsme de certaines classes, quoi de plus urgent que

de protéger mères et enfants, d'encourager les familles nombreuses, d'aider à reconstruire une France neuve, de faire de chaque enfant une joie nouvelle et non pas une charge accrue ?

A l'heure donc où tous les intérêts vitaux du pays nous commandent de nous intéresser à la femme et à l'enfant, nous avons cru nécessaire d'attirer particulièrement l'attention sur la femme et l'enfant indigènes, tous deux menacés par de nombreux fléaux contre lesquels il faut désormais réagir pour favoriser l'instinct prolifique, protéger les gestantes, secourir les parturientes, inculquer aux accouchées non seulement les doctrines essentielles de l'hygiène, mais les bases indispensables de la puériculture.

En effet, s'il peut être difficile à l'heure actuelle de combattre la dénatalité française, rien n'est plus aisé que de favoriser le besoin prolifique de l'indigène. S'il est assez difficile, après tout ce qui est fait, de diminuer la mortalité infantile en milieu européen, on pourrait facilement, nous semble-t-il, diminuer la mortinatalité et la mortalité infantile extrêmement élevées en milieu indigène.

Pour parvenir à ce but il faut tout d'abord connaître les fléaux qui menacent plus particulièrement la mère et l'enfant indigènes, puis envisager les différents moyens de les combattre. C'est le but de notre modeste travail.

Ce qui diminue le taux des naissances en milieu indigène c'est la stérilité des parents, les avortements à répétition, la mortinatalité et la mortalité maternelle. Ce qui fait qu'un nombre considérable d'enfants meurt dans la première ou la deuxième année, c'est qu'il existe dans ce pays des influences climatiques jointes à des mœurs et coutumes ancestrales aussi fâcheuses les unes que les autres ; c'est que

l'indigène fataliste ignore tout de l'hygiène et de la puériculture, et que les maladies héréditaires non traitées sont transmises intégralement à l'enfant.

Nous allons non plus envisager séparément les effets des fléaux nord-africains : la stérilité, la mortinatalité et la mortalité infantile en Algérie, qui ont fait l'objet d'un rapport extrêmement détaillé de MM. Laffont et Fulconis au Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française qui s'est tenu à Alger en 1934, mais étudier chacun de ces fléaux dans ses raisons, ses effets, sur la mère et l'enfant et les moyens que nous avons de les combattre.

Pour y parvenir nous nous sommes basé sur notre expérience personnelle et sur nos lectures. Enfin en ce qui concerne l'étude des dystocies du bled, nous avons provoqué une enquête auprès de tous les médecins algériens susceptibles de s'intéresser à la question. Nombreux sont ceux qui y ont répondu. Voici la liste par ordre alphabétique de nos correspondants occasionnels. Nous leur adressons nos plus vifs remerciements pour la documentation précise, nombreuse, inédite qu'ils ont eu la bienveillance de nous faire parvenir.

Département d'Alger

Alberti (Burdeau).
Anastaze (El-Affroun).
Arnaud (Laghouat).
Beudon (Dellys).
Bonnard (Zéralda).
Bougues (Orléansville)
Cabanes (Alger).
Ceccaldi (Berrouaghia)
Cixous (Arba)
Content (Laghouat)
El Kemal (Tablat).
Eysette-Aucaigne (Vialar)
Ezes (Alger).
Fulconis (Alger)
Goury (Michelet)
Isnard (Reibel).
Lanterno (Beni-Hendel)
Laveine (Aumale).
Mainard (Rébeval).
Montaldo (Teniet-el-Had)
Nabeth Seguin (Aumale).
Randavel (Douéra)
Triquerra (Rébeval)

Département d'Oran

Achour (Télagh)
Ardouin (Nemours)
Boukhelloua (Relizane)
Céart (Colomb-Béchar)
Cor (Saint-Cloud)
Delord (Relizane)
Durand (Bou-Tlélis)
Grillot (Er Rahel)
Massoutier (Nemours)
Maurin (Oran)
Pavillard (Palikao)
Pernin (Bou-Hanifia)
Pons-Leychard (Beni-Saf)
Rocchisani (Misserghin)
Solal (Oran)
Soumeire (Aïn-el-Hadjar)
Vidal (Rivoli)

Département de Constantine

Albou (Laverdure)
Belkahla (Constantine)
Blanc (Jemmapes)
Bouquet (Bône)
Dardille (Souk-Ahras)
Delorme (Herbillon)
Girard (Oued-Zénati)
Giraud (Collo)
Gueidon (Mila)
Mangin (Tébessa)
Margueritte (Bordj-bou-Arréridj)
Méchin (Constantine)
Moutte (Bône)
Roumaingas (Kerrata)
Théollier (Aïn-M'Lila)
Triollet (Mansouria)
Voisin (Fedj-M'Zala)

Fort de ces données, nous croyons pouvoir classer les divers fléaux qui menacent la mère et l'enfant indigènes en Algérie sous les deux rubriques :

— Coutumes musulmanes
— Fléaux pathologiques

Nous passerons rapidement sur les premiers. Ils n'appartiennent guère au domaine de la médecine, mais ils influent sur la mentalité des indigènes et font ressortir l'importance de l'instruction obligatoire.

C'est sur les seconds que nous nous étendrons davantage, étudiant leurs effets chez la mère et chez l'enfant.

CHAPITRE PREMIER

LES COUTUMES MUSULMANES

Parmi les fléaux psychiques qui frappent l'indigène, nous en distinguerons deux : d'abord le fatalisme, ensuite ses mœurs et coutumes et son ignorance totale de tout ce qui concerne les accouchements et la puériculture.

A) LE FATALISME MUSULMAN

La femme arabe, tenue par ses coutumes à vivre en dehors de la société, n'a pu évoluer autant que l'homme. Ses croyances, son fatalisme, son ignorance, ses préjugés sont encore primitifs, aidés en cela par l'influence néfaste des sorcières qui abondent en certaines régions.

L'indigène du bled vit avec cette idée que la maladie vient de Dieu, c'est lui qui l'envoie et la fait cesser quand il lui plaît. De telles idées aboutissent nécessairement à un mépris complet de l'hygiène et de la prophylaxie. D'ailleurs, certains textes sont pour eux de véritables aphorismes :

« Allah crée ce qu'il veut, il accorde aux uns des « filles, il donne aux autres des enfants mâles, aux « autres il accorde des enfants des deux sexes, des « fils et des filles. Il rend stériles aussi ceux qu'il « veut. » (Coran, Sourate 42, Versets 48 et 49.)

« Depuis le jour où elle a été fécondée jusqu'au 40e « jour après l'accouchement, la femme a un pied dans « ce monde et un pied dans l'autre. » (Proverbe arabe).

Tel est le mal dont souffre la femme indigène en Algérie.

Nous la verrons à différentes étapes de sa vie obstétricale : stérilité, période gravide, expulsion, post-partum, s'en remettre à Dieu ou se confier à ses représentants sur terre, dont l'ignorance sur ce point est totale.

L'indigène est-elle stérile ? « Mektoub ».

Est-elle enceinte ? « Mektoub ».

Si c'est une fille : « Mektoub ».

Si c'est un garçon : « Mektoub ».

L'accouchement est-il dystocique, traîne-t-il en longueur, ne se fait-il pas : « Mektoub ». Si l'infection s'installe : « Mektoub ».

Pour elle, Dieu l'a voulu, et il serait dérisoire et surtout osé de vouloir s'opposer aux décisions d'Allah. Aussi, de médecin, point. Elle aura recours à Dieu par l'intermédiaire de ses représentants : les marabouts et les sorcières. Ainsi, soit par des pèlerinages, soit par l'absorption de mixtures secrètes et onéreuses, on la verra recourir aux grâces de Dieu.

Elle commencera d'abord par les pèlerinages consacrés. Au voisinage de chaque bled algérien, dans chaque douar, il n'est guère de sanctuaire ou mosquée dont il ne soit indiqué d'invoquer la vertu. Bertherand et Dumas nous citent en exemple la croyance chez les

Kabyles aux miracles de la mosquée de Djidi et du bâton de Sidi-Ali : « Les femmes stériles ramassaient ce bâton, le baisaient, en détachaient un copeau avec un couteau et replaçaient le bâton dans le trou pratiqué à l'intérieur de la mosquée. Malheureusement, souvent malgré cela, la femme demeurait stérile, elle devait alors se résigner à cet état de choses, car « la matrice ne voulait pas s'ouvrir », et c'était là une maladie contre laquelle il n'existait pas de remède puisque « Allah Allem » (Dieu seul le sait) ».

Ainsi la femme doit renoncer au bonheur d'être mère ou même simplement épouse. Frappée de stérilité, elle est condamnée à l'isolement, triste épave dont s'est détournée « la déesse fécondante ».

Mais si cette thérapeutique, malgré cette répétition et toute la foi qu'on y porte, demeure inefficace, c'est alors qu'amulettes et écrits de talebs entrent en jeu pour jouer leur rôle réparateur.

Il existe, indéniablement, en Algérie, un mal terrible : c'est cette foi mystique de toute une population savamment entretenue, nourrie, exploitée par une troupe d'inconscients et de dangereux sorciers, tolbas, dont l'influence néfaste n'a jamais été suffisamment décrite.

L'indigène naît, grandit, vit dans un monde où l'empirisme tient lieu de science, où les remèdes contre les maux consistent dans l'absorption de mixtures magiques, plus ou moins malsaines, et en pèlerinages vers les lieux sains ou réputés tels. Pour expliquer tous ses maux, il se contente de noms imagés : génies, mauvais œil, alors qu'en réalité ces maux ne sont autres que syphilis, tuberculose, athrepsie et il est inutile d'aller chercher ailleurs l'origine de ces avortements répétés, de ces mort-nés et macérés qui justifient tant de pèlerinages, de prières, de sorcellerie.

B) IGNORANCE DE LA FEMME INDIGÈNE

La conséquence immédiate de ce fatalisme est l'ignorance et le mépris des lois les plus élémentaires de l'hygiène et de la prophylaxie. La femme indigène malade se trouve donc abandonnée aux mains des matrones, de toutes les vieilles de la famille et de la tribu. On a recours pour elle aux marabouts, faiseurs de miracles, aux sorcières qui connaissent les exorcismes et les sorts ; et souvent encore, dans le bled, on ne la confie au médecin français qu'en désespoir de cause, lorsque la science des sorcières, des marabouts et des matrones a été tenue en échec et a compliqué la situation.

La femme indigène ignore donc tout de sa physiologie. Elle ignore l'âge de la puberté et tous les soins durant une grossesse ; elle ignore les causes de l'accouchement, son mécanisme et la conduite à tenir en pareil cas ; enfin elle n'a aucun souci des principes élémentaires de puériculture.

Pour mieux montrer cette ignorance totale et les conséquences fâcheuses qui en résultent, il nous a semblé indispensable, avant de commencer l'étude de la pathologie spéciale à la femme indigène, de bien faire vivre le « climat » dans lequel la femme indigène naît, pousse, grandit et accouche. Pour ce, nous allons suivre une jeune indigène depuis le jour de sa naissance jusqu'au jour où, à son tour, elle enfantera.

I. — L'Enfant

A sa naissance, la fille est l'objet du mépris paternel. Le Coran y fait de nombreuses allusions : « Si l'on annonce à l'un d'eux la naissance d'une fille, son visage devient sombre et noir, il est oppressé par le chagrin, il se tient à l'écart, loin des gens, à cause de la mauvaise nouvelle qu'il a reçue ». (Coran, S. 16, V. 60-61).

Autrefois même, les Arabes enterraient une fille vivante dès sa naissance, mais cette coutume anté-islamique a bien heureusement disparu, cependant quelquefois le père ne reste pas moins dépité après sa naissance et se désintéresse complètement de son enfance.

Dès sa naissance l'enfant est l'objet des conséquences non seulement d'une ignorance totale des premiers principes de puériculture, mais encore d'un fatalisme aveugle et combien dangereux. Tout d'abord l'enfant, dès son expulsion, est véritablement ligoté, les bras collés au corps, dans des linges et il ne sera changé pour la première fois que le septième jour. Naturellement on se gardera bien de le baigner pour éviter les mauvais effets que pourraient avoir sur lui les « esprits de l'eau ». L'enfant est alors mis immédiatement au sein de la mère. Le Coran, d'ailleurs, fait de l'allaitement maternel une obligation :

« Quant aux mères, les enfants les tetteront deux ans complets pour celui qui désire que le temps de l'allaitement soit entièrement accompli » (S. 2, V. 233).

Si la mère a du lait, l'enfant tette donc et se gave sans horaire fixe et au moindre cri. N'oublions pas que nous avons affaire à une mère hypoalimentée, qui le lendemain même de sa délivrance a repris ses

travaux domestiques et même ceux des champs, à une mère chez qui la grossesse fouetta un paludisme chronique, ou une syphilis latente. Dans ces conditions, pourquoi s'étonner de voir un lait pauvre en principes nutritifs mais, par contre, riche en toxines de toutes sortes ?

De plus le nourrisson tette un sein mal protégé, recouvert d'un chiffon. Ce bébé sera gardé la plupart du temps par son aîné ou par sa grand'mère. C'est ainsi qu'on verra une grand'mère donner son sein flétri à sucer à un nourrisson chagrin. De même, on verra dans les campagnes, au moment de la récolte du tabac, alors qu'il faut faire vite, les mères, pour se débarrasser de leur enfant criard et gênant, mâcher du tabac et le mettre ensuite dans la bouche de leur progéniture. Le résultat ne se fait pas attendre : le nouveau-né, intoxiqué, s'endort.

En cas d'agalactie, le nourrisson est condamné à mourir si l'on ne trouve pas de nourrice complaisante. Quelquefois on lui fait absorber, sans le couper, du lait de brebis ou de chèvre et sa mère lui donne un sein flétri en guise de sucette. Si on ne possède pas de troupeau, on institue alors une alimentation invraisemblable : thé sucré, huile pure ou pain trempé dans l'huile.

Plus tard, plus aucune distinction ne sera faite entre la nourriture de l'enfant et celle des parents. Celle-là mangera de tout. Toute jeune de la viande, dans les grandes occasions naturellement, mais surtout de la galette faite d'orge, du couscous, beaucoup d'huile suivant les régions, des dattes sèches ou des figues; enfin des fruits, verts pour la plupart du temps, et des figues de Barbarie.

Si elle n'est ni débile ni tuberculeuse ni syphili-

tique, elle pourra difficilement échapper à l'entérite et aux troubles de carence.

Toutes ces causes de morbidité seraient certainement moins meurtrières si elles ne trouvaient un appui sérieux, d'une part dans le fatalisme islamique, d'autre part dans le recours aux soins des commères et des marabouts qui retardent, s'ils ne les empêchent complètement, les consultations du médecin ou de la sage-femme.

2. — La Fillette

Cependant la fillette grandit, elle pousse ainsi au milieu des gourbis, trop peu vêtue, se roulant sans culotte dans la terre, dans la paille, et dans l'eau sale de l'oued. Elle ira marauder, garder les troupeaux, aider aux corvées d'eau et de bois. Sa muqueuse génitale non protégée aura vite fait de contracter les germes pathogènes les plus divers, aussi les vulvo vaginites et surtout celles à trichomonas seront-elles fréquentes chez cette enfant, commençant ainsi la série des délabrements que ses parties molles auront à subir par la suite.

3. — La Nubile

En Afrique du Nord, comme d'ailleurs chez la plupart des peuples orientaux, les femmes indigènes sont réglées de bonne heure et connaissent une puberté très précoce. « Dès que la fillette peut porter le bol à la bouche, elle peut déjà supporter le mâle à l'instar de sa mère », affirme un proverbe arabe.

Il n'en est certes pas absolument ainsi. Le gouvernement français, humanisant le code du mariage indigène, a fixé pour la fillette l'âge limite à quinze ans

et toute union contractée avant cet âge est poursuivie pénalement devant les tribunaux. Ainsi ne voit-on plus aujourd'hui de malheureuse fillettes vendues dès sept ou huit ans et souvent même à des vieillards déjà abondamment pourvus d'épouses. Pourtant, il est certains cas où l'on peut permettre le mariage avant l'âge légal ; c'est quand il s'agit d'orphelines que l'on juge sage et prudent d'attacher le plus tôt possible à un nouveau foyer. En pareil cas on charge le cadi de l'expertise pré-nuptiale. C'est lui qui va reconnaître si oui ou non la fille est pubère. Voici comment il procède : il passe autour du cou de la future fiancée une ficelle dont celle-ci tient les deux bouts serrés entre les dents, il cherche ensuite à faire passer cette ficelle par-dessus la tête de l'enfant. S'il n'y parvient pas, elle est impubère ; s'il y parvient et que le cordon, rasant la nuque et les cheveux, sorte avec plus ou moins de facilité, elle est pubère et bonne à marier. Malheureusement, il y a encore trop de ces mariages clandestins par-devant les talebs.

Ces mariages reconnaissent pour la plupart une seule et même cause : l'obligation de payer le cadi qui procède au mariage. Le docteur Montaldo nous a suggéré l'idée du mariage gratuit devant le cadi. Ainsi le contrôle serait plus aisé et les unions clandestines avant la puberté plus rares. Mais, en principe, les premières règles apportent seules la preuve indéniable de la puberté. On a recours alors aux matrones, dont l'arbitrage fait autorité, pour reconnaître s'il s'agit ou non de sang menstruel.

« Cette apparition du premier sang des règles est l'occasion d'une grande fête à laquelle on convie les amis, les voisins, les parents les plus éloignés. On dit : « notre fille a accouché d'une fille morte » et chacun sait bien ce que cela signifie. Au cours du

repas qu'on offre aux invités, on fait cuire un gâteau de semoule très épais, au milieu duquel on creuse un trou dans lequel on verse de l'huile. La jeune fille s'y regarde sept fois comme dans un miroir, elle trempe son doigt dans l'huile et le passe sur ses joues. Puis elle trempe trois doigts dans le sang de ses règles, les passe également sur ses joues et marque trois points sur un réchaud : ceci afin que ses menstrues se reproduisent régulièrement chaque mois. Parfois on la fait s'appuyer contre le mur et on barbouille ses joues de carmin, ceci pour qu'elle soit toujours forte comme le mur et rose comme le carmin. »

A partir du jour où elle a « vu le sang » la jeune fille semble entrer dans une nouvelle sphère sociale. D'enfant elle est devenue femme et l'islam va l'entourer désormais d'un jaloux réseau de conventions et de règlements. Plus de jeux, plus d'enfantillages, plus de courses au dehors, le visage nu, à n'importe quelle heure du jour. On va la voiler, la cloîtrer, la surveiller sévèrement.

On sait l'importance que les musulmans attachent à la virginité de leur épouse, dont l'absence apparaît comme un irrémédiable déshonneur. Au cours des cérémonies du mariage, le soir où l'homme peut enfin consommer l'acte conjugal, il faut qu'il y parvienne avec la plus grande rapidité et rapporte aux invités la toile ensanglantée qui prouve la défloration. Faute de quoi il sera en butte aux railleries des autres, toujours prêts à lui dénier sa supériorité masculine. Aussi combien ce premier rapprochement hâtif et brutal entraîne-t-il de dégâts génitaux chez la petite mariée, dont le bassin étroit et fragile est souvent encore celui d'une enfant. Mais on n'a cure des déchirures possibles, des fistules recto ou vésico-vaginales qui traî-

neront sans aucun soin : il s'agit avant tout de faire vite ; après quoi le mari n'a plus qu'une seule préoccupation : que sa femme lui donne le plus tôt possible un enfant, et, pour combler ses vœux, un garçon.

4. — La Femme

Devenue femme, notre indigène doit assurer tous les travaux domestiques et même aider à ceux de son mari. Elle devient une véritable bête de somme. C'est à elle qu'incombent les dures corvées du ravitaillement en eau et en bois. C'est elle qui fait la cuisine, le lavage. Et il n'était pas rare, même encore il y a quelque temps, de voir dans certaines campagnes des femmes attelées deux par deux à une charrue arabe. De plus sa nourriture est très sobre. Elle doit se contenter de galette faite d'orge ou de blé, de couscous, quant à la viande c'est un plat réservé pour les grands jours, et encore la grosse part est-elle pour le mari.

Cette femme n'a aucun souci de l'hygiène, elle l'ignore totalement, et lors de ses rapports sexuels il ne lui viendra jamais à l'idée de se laver une fois l'acte terminé ; d'ailleurs cela lui serait difficile, car le plus souvent le puits est loin, l'eau est rare « aussi on ne doit pas la gaspiller ».

5. — Stérilité

Les Arabes n'admettent guère que l'homme puisse avoir lui aussi sa part de responsabilité dans la stérilité d'un couple ; et cependant il en est le plus souvent ainsi; qu'il s'agisse pour lui, soit de syphilis héréditaire ou acquise, soit de blennorragie négligée. Mais c'est dans tous les cas la femme que l'on accuse.

La stérilité de l'épouse est un motif suffisant de divorce ou de répudiation. La femme infécondé est même méprisée à tel point qu'on prétend qu'elle n'est ni musulmane, ni juive, ni chrétienne « elle est entre toutes les religions ». Aussi ces malheureuses, dans le désir d'échapper à leur triste destinée, sont-elles prêtes à tout tenter pour avoir un enfant. Ce sont d'abord, comme nous l'avons vu tout à l'heure, ces innombrables pèlerinages auprès des marabouts. Si ces pèlerinages restent vains, l'épouse stérile ne craindra pas d'avaler les remèdes les plus extravagants ou de se livrer à tous les rites magiques dont on lui aura signalé la vertu. De tout temps, ces femmes ont pratiqué une sorte d'opothérapie, en se nourrissant de fœtus de vaches, de moutons ou de chiens, en faisant des ragoûts de testicules de coqs ou de placenta de brebis. De même, quand accouche dans la famille ou dans le voisinage quelque parente ou amie, cette femme infécondée a coutume de se jeter sur le placenta fraîchement expulsé, de s'en frapper la vulve et d'en dévorer une partie.

On vante aussi les propriétés fécondantes de certaine plantes. C'est le « djahnama », qui n'est autre que du *Datura stramonium*, ou encore « laouzmi » dont il suffirait de prendre plusieurs fois une décoction pour procréer des enfants mâles. D'autres fois, ce sont de simples fumigations vaginales à l'aide des innombrables produits odorants, chimiques ou végétaux, dont dispose à cet effet la pharmacopée indigène issue de la chimie arabe. Quelquefois des pansements vaginaux assez hétéroclites : mèches de laine imbibées de jus d'écorce de noyer, menthe mâchée, poudre de cuivre, gousses d'ail ou de safran pilées dans de l'huile avec du sel gemme ou du benjoin, cendres de porc-épic et muscade du Sahara.

On se marie pour avoir des enfants, lorsqu'on n'en a pas on se quitte dans l'espoir d'être plus heureux ailleurs ; la femme reprend sa liberté et le mari sa dot puisqu'il semble avoir été victime d'une escroquerie ; la valeur de la femme indigène, établie par le père de celle-ci, ne s'appréciant chez eux qu'au nombre d'enfants qu'elle peut donner. Reconnue stérile, la femme est déchue, elle devient souvent une prostituée clandestine.

6. — La Grossesse

Supposons maintenant notre femme enceinte. L'Arabe estime que son épouse est susceptible de grossesse depuis l'âge de 9 ans jusqu'à 60 ans.

Ce sont naturellement les matrones qui font le diagnostic d'une grossesse en évolution. En principe, elles se basent pour se prononcer sur la disparition des règles. Mais au point de vue légal une seule période menstruelle écoulée ne suffit pas, il en faut deux. La durée normale de la grossesse est évaluée à 10 mois lunaires environ. Mais, de tout temps, les Arabes ont cru aux grossesses qui se prolongent jusqu'à 4 ou 5 ans. On cite, entre bien d'autres exemples, celui de l'illustre « Malek ibn Anes » fondateur de la secte orthodoxe des malékites, qui serait resté 3 ans dans le sein de sa mère. Cette croyance curieuse trouve son expression la plus concrète dans la théorie de l'enfant « ragued », c'est-à-dire du fœtus endormi dans l'utérus maternel pour une durée indéterminée. Les femmes elles-mêmes croient fermement à ce fœtus « ragued », qui devient souvent pour elles une échappatoire commode. Il existe de multiples remèdes pour réveiller cet enfant endormi et ils participent tous plus ou moins de la magie. C'est ainsi, pour citer un exem-

ple, qu'on fait ingurgiter à la patiente du fiel de lièvre afin que le fœtus, s'éveillant, manifeste sa vie par des mouvements intra-utérins aussi rapides que ceux du lièvre.

Mais les dures corvées ne seront pas abolies pour notre gestante. Pendant toute la durée de ses couches elle doit continuer ses travaux, si durs soient-ils. De même les rapports sexuels ne seront nullement influencés, et jusqu'au jour de l'accouchement elle continuera à « fréquenter » son époux.

A l'approche des derniers jours, notre femme observe la lune qui sera celle de sa délivrance. Elle détache sa ceinture et défait tous les liens qui l'enserrent pour se garantir un accouchement aisé et, désormais, dans l'attente des premières douleurs, la matrone qui va l'assister couchera tous les soirs dans la même chambre qu'elle pour la préserver, par sa présence, des mauvais sorts, des personnes jalouses et des génies malfaisants.

7. — L'Accouchement

De tout temps, en effet, l'assistance aux femmes en couches a été abandonnée aux mains des matrones, de ces vieilles accoucheuses qu'on nomme « Qablat ». Ce rôle a toujours été dévolu aux femmes dont seuls l'empirisme et la longue expérience font autorité. Elles gardent précieusement tous les bouts de cordon ombilical, témoignages de leurs nombreux accouchements, mais ignorent tout de l'hygiène et même de la plus élémentaire propreté. La matrone, en attendant les douleurs, prépare le décor dans lequel va se dérouler l'accouchement. Elle suspend un peu partout des talismans, des amulettes, des versets du Coran. Elle fixe à l'entrée de la maison ou du gourbi la tête d'un coq,

de petits biscuits ronds, un balai neuf, des ronces, un morceau d'étoffe noire. Elle disperse du sel aux quatre coins de la pièce et toutes les femmes qui viendront assister aux couches en feront de même. L'accouchement doit s'accomplir hors de la vue des hommes et de toute personne étrangère, pour éviter « le mauvais œil ».

Partout, en Afrique du Nord, la coutume veut que le sang et les liquides de l'accouchement soient absorbés par la terre. Aussi, sous les tentes ou dans les gourbis du bled, la matrone se contente-t-elle de creuser un trou dans le sol. La parturiente se tiendra au-dessus de ce trou où l'on recueillera le nouveau-né au moment de l'expulsion. Celui-ci voisinera ainsi avec les animaux domestiques qui partagent le même toit. Dans les maisons des villes, le sol est recouvert de carrelage, et la matrone va au dehors, dans quelque jardin, recueillir un couffin de terre qu'elle répandra toujours avec ses mains à l'endroit où la délivrance aura lieu. Rien d'étonnant, dans ces conditions, si l'on observe trop fréquemment encore des cas de tétanos ombilical et utérin.

La position de l'accouchée est extrêmement variable, mais en principe elle évite le décubitus dorsal à la mode européenne qui apparaît comme un signe de mauvaises mœurs. Notre parturiente se tiendra donc accroupie, agrippée des deux mains à la corde ou mieux à la ceinture de son mari qui pend du toit du gourbi et qui lui servira de point d'appui au fur et à mesure que les douleurs se feront plus pressantes. La parturiente n'a pas abandonné ses vêtements ; elle porte un pantalon largement échancré en son milieu et la matrone introduit dans l'ouverture ses mains sales enduites d'huile, de beurre ou de graisse. Elle passe ses doigts dans la vulve, parfois dans l'ori-

fice anal pour tenter de soutenir le périnée et saisit comme elle le peut la partie fœtale qui se présente. Ainsi l'accouchement a lieu.

L'expulsion faite, la « qablat » s'apprête à couper le cordon à 3 ou 4 centimètres de son insertion, à l'aide d'un instrument tranchant quelconque : couteau, ciseaux ou poignard. Parfois elle le sectionne avec une lame métallique chauffée à blanc. A défaut d'instrument elle le tranche entre deux pierres ou avec ses dents. Le bout fœtal est saupoudré de « koheul », imbibé d'huile, et on le recouvre d'un chiffon en guise de pansement, après l'avoir lié d'un fil arraché à quelque tapis de laine ou fait, dans le Sud, d'une fibre de palmier. On applique dessus un emplâtre de farine, de henné ; la matrone dit entre ses dents : « Louange à Dieu qui me fait mettre au monde ce musulman », et elle ajoute : « Allah Akbar » (Dieu est le plus grand).

Quant au bout placentaire du cordon, on a coutume de le lier, en attendant l'expulsion du placenta, à un objet pesant : pilon de cuivre ou fer de hache, ceci pour éviter que la délivrance ne « remonte jusqu'au cœur de la femme et ne l'étouffe ». Si la délivrance tarde à se produire on fait souffler l'accouchée dans une bouteille, de toutes ses forces, ou bien on lui donne à priser des substances nauséeuses. Parfois même on lui enfonce une mèche de ses propres cheveux jusqu'au fond de la gorge pour la faire vomir.

Après la délivrance la « qablat » met le pied sur la vulve de l'accouchée qu'elle tire vigoureusement par les bras. Si celle-ci présente une hémorragie on emploie n'importe quel moyen pour l'arrêter, c'est ainsi qu'on bourre la cavité vaginale de charpie imbibée de vinaigre, de goudron, ou, dans le Sahara, de sable chaud. Une sage-femme européenne a même retiré du vagin une tête de coq en état de décomposition avancée.

Ainsi, si tout se passe bien, l'accouchement a lieu sans trop de dégâts... mais les Mauresques connaissent parfois de terribles dystocies contre lesquelles les matrones luttent avec des moyens barbares et sauvages.

Si la femme arabe présente deux facultés : la patience et l'endurance, précieuses au point de vue obstétrical, par contre l'ignorance, le fatalisme et l'esprit interventionniste de quelques matrones peuvent faire d'une petite difficulté une cause de dystocie toujours grave autant pour la mère que pour l'enfant.

Pour atténuer les douleurs il existe des breuvages qui, tantôt ont l'inconvénient d'espacer exagérément les contractions, tantôt ont une action tétanisante aussi néfaste que l'ergotine. Mais si l'accouchement traîne en longueur, ce sont alors des haïks roulés en cordelettes au moyen desquels on étreint la taille de la patiente de manière à forcer le fœtus à s'engager dans le détroit périnéal; ce sont les massages frénétiques, c'est une planche, un plateau de bois et même la meule en pierre du moulin à huile qu'on n'hésite pas à employer pour comprimer l'abdomen. Nous avons eu l'occasion, à l'hôpital d'Aïn-Temouchent, de voir une rupture utérine chez une indigène parce que l'accouchement ne voulant pas se faire, deux voisines bénévoles s'étaient balancées pendant 12 heures sur une planche posée sur le ventre de cette femme.

Ce sont encore des substances infectes, et naguère des poils de lion brûlés, qu'on fait respirer de force à cette femme pour déterminer des réflexes d'éternuement ou de vomissement qu'on espère décisifs. La « qablat » ira même jusqu'à faire une dilatation manuelle du col, une fois ses mains bien graissées, et elle versera à flots sur la vulve de l'huile ou du beurre fondu afin de bien préparer la voie.

Enfin entrent en jeu tous les remèdes magiques possibles, tous les rites de sorcellerie imaginables qui ont tout au moins l'avantage d'être inoffensifs.

Ainsi, comme l'a très bien décrit le Docteur Lataillade, dans sa thèse (Alger, 1936), l'accouchement est « un petit drame dont l'accouchée serait l'héroïne immobile, autour de laquelle évoluent au premier plan la matrone accoucheuse qui joue le rôle principal, en fond de tableau toutes les vieilles du voisinage ou de la tribu, enfin dans les couloirs les sorcières ou tolbas et les marabouts »... Pourquoi le médecin est-il absent de ce tableau ? Pourquoi ne va-t-on pas le consulter ? Parce que la grossesse est « une affection utérine envoyée par Dieu » sur laquelle le médecin ne peut rien et il vaut mieux dans ces conditions s'adresser aux matrones, aux sorcières ou aux marabouts capables d'exorciser, plutôt que de réclamer des secours médicaux qui sont sans action sur les génies, le mauvais œil et les démons.

Ainsi, la plupart du temps, si, après l'échec de toutes les tentatives de la matrone, des sorcières, des tolbas, on se décide à faire appel au médecin français, celui-ci n'a plus entre les mains qu'une malheureuse à demi-morte à la suite des invraisemblables traitements qu'on lui a infligés.

Le Docteur Albou, de Laverdure, nous écrit : « Les indigènes sont réfractaires à l'intervention médicale dans l'accouchement ». Et le Docteur Roumaingas, de Kerrata, ajoute : « Le médecin est appelé au dernier moment, les matrones indigènes aux mains sales ont commis des désastres, l'enfant est généralement mort, la femme agonisante. Le problème se pose en toute conscience : ou de laisser mourir la parturiente, ou de tenter une intervention qu'elle est presque toujours incapable de supporter ».

Ainsi le médecin arrive presque toujours trop tard. A ce moment le diagnostic est évident. On se trouve en présence d'une femme en douleurs depuis 3 ou 4 jours, quelquefois même depuis une semaine ; la dystocie est constituée, l'état général est désastreux, et il conseille l'hospitalisation immédiate. Là il se heurte au refus obstiné de la femme, de sa famille, des voisins, de toute la tribu. L'hôpital a en effet très mauvaise presse, c'est la maison où l'on opère et où l'on meurt le plus souvent. Aussi le « toubib » se trouve donc contraint d'opérer sur place et avec des moyens de fortune. C'est alors la prise de forceps classique pour les médecins du bled, sur le sol de la « khaïma » ou sur une planche, quelquefois sur une caisse, sans lumière, avec toute la famille anxieuse autour de lui, dont la confiance est très limitée et qui tient à assister à l'intervention. Le plus souvent c'est encore un désastre, il était trop tard et notre femme dira encore « Mektoub » (Dieu l'a voulu).

CONCLUSIONS

Voyons maintenant, en compulsant les renseignements qu'ont bien voulu nous communiquer nos correspondants, quel est le retentissement de ces fléaux sur les statistiques obstétricales en milieu indigène.

1) Quel est le nombre des accidents survenant au cours de la gestation du fait de l'ignorance et des fâcheuses coutumes ?

Il est pratiquement impossible d'en donner un chiffre, même très approximatif, puisque la plupart des gestantes arabes échappent à la surveillance mé-

dicale ; mais, nous fondant sur les cas que les circonstances nous permirent de voir tant en milieu hospitalier qu'à domicile, nous pouvons, sans crainte de nous tromper, affirmer que l'albuminurie, l'éclampsie, l'hémorragie rétroplacentaire, la pyélonéphrite gravidique, etc... doivent faire des ravages considérables dans les rangs des gestantes indigènes dépourvues de toute surveillance et soumises pour la plupart, non seulement à de rudes travaux, mais encore à une hygiène alimentaire et générale déplorable.

2) Quelle est l'importance de la dystocie en milieu indigène et quelle est la part de l'ignorance et du fatalisme dans cette dystocie ?

D'après notre statistique, sur 1.000 femmes indigènes accouchées en un an par des médecins, 850 présentaient un accouchement dystocique. Pour illustrer ce résultat brutal mais combien significatif, citons deux statistiques hospitalières, l'une due à l'obligeance du Docteur Belkahla pour l'hôpital de Constantine : 258 accouchements normaux pour la plupart concernant des Européennes suivies pendant la grossesse et 127 accouchements dystociques chez les indigènes admises à la maternité à l'extrême limite de l'expectative. L'autre émanant de notre distingué confrère, le Docteur Laveine, Chirurgien-chef de l'hôpital d'Aumale (80 accouchements normaux, la plupart chez des Européennes, 25 accouchements dystociques surtout chez les Mauresques).

Dans le même ordre d'idées citons la statistique du Docteur Montaldo, de Teniet-el-Had, qui observe 15 accouchements dystociques chez l'indigène et 4 seulement en milieu européen.

Ces seuls chiffres objectivent suffisamment l'importance du facteur dystocique chez la femme arabe. Pourtant, nous croyons bon de rappeler le nombre considérable des décès ignorés du médecin et imputables pour la plupart à l'ignorance des mères et à la brutalité bestiale des matrones. Combien de femmes en couches, en effet, préfèrent mourir selon la volonté d'Allah plutôt que d'aller solliciter le secours de la science dans un centre organisé. Citons à ce propos les constatations de deux confrères, le Docteur Giraud, de Collo : « Je n'ai jamais pratiqué un accouchement normal chez l'indigène... » et le Docteur Goury, de Michelet : « Dans un centre indigène de 83.000 habitants je ne pratique que 10 à 15 accouchements par an, tous dystociques, et vus de nombreuses heures après le début du travail ».

La conséquence inévitable d'un pareil taux de dystocie va être une effroyable mortalité (30 % de mortalité maternelle, 92 % de mortalité fœtale) motivée non seulement par la nature primitive de la dystocie mais surtout par les manœuvres septiques employées avant de recourir au médecin et le laps de temps considérable écoulé avant de consulter le praticien européen.

Si nous fouillons davantage les diverses statistiques, le rôle déplorable de l'ignorance et du fatalisme devient alors manifeste dans la genèse de ce pourcentage extraordinaire de la dystocie chez l'Arabe.

Sur 387 dystocies dont l'étiologie est précisée nous trouvons en effet, à côté de facteurs anatomiques de dystocie maternelle (92 bassins viciés, rachitiques, cyphotiques, lordotiques ou ostéomalaciques), de dystocies ovulaires (54 praevia, 7 hémorragies rétro-placentaires), de dystocies fœtales, une hydropisie du fœtus, un monstre double, 4 arrêts de la progression

de la tête en droite postérieure, une tumeur sacro-coccygienne), de très nombreuses causes de dystocies imputables à l'ignorance, au fatalisme, à la confiance illimitée en la matrone et à cette véritable phobie de la femme indigène à l'égard du médecin et de la sage-femme.

C'est ainsi que nous relevons 73 présentations de l'épaule, 58 présentations du siège (sièges décomplétés, mode des fesses, dystocies des épaules, rétentions de la tête dernière), 6 présentations du front, 18 procidences du cordon, 21 troubles de la contraction (inertie ou contracture), motivées par les méthodes intempestives et brutales des matrones. Soit 177 accouchements dystociques, qu'une meilleure compréhension de la gestation et de l'accouchement aurait dû éviter.

Bien que ce chiffre soit déjà suffisamment éloquent, nous croyons devoir signaler qu'il ne reflète qu'imparfaitement l'importance de la dystocie par négligence en milieu indigène, puisque, dans la plupart des cas, la femme meurt dans son gourbi ou dans le long et pénible trajet qui devait la conduire à l'hôpital, sans avoir été vue par un médecin.

3) Quelle est l'influence des coutumes musulmanes sur les suites de couches ?

Les suites de couches en milieu arabe vont se ressentir fâcheusement, non seulement des techniques obstétricales mises en œuvre par les « qablat », mais aussi des méthodes utilisées dépourvues d'hygiène et d'asepsie, d'où deux sortes d'accidents: les uns mécaniques, les autres infectieux précoces ou tardifs.

a) *Les accidents mécaniques.*

Nombreux sont nos correspondants qui soulignent la fréquence des ruptures utérines et des déchirures vagino-vulvo-péritonéales chez les indigènes, après accouchement laborieux, qui ne se chiffrent plus par des heures de douleurs, mais par des journées d'un réel supplice organisé et entretenu par les matrones dont nous n'objectiverons jamais assez l'influence néfaste. C'est ainsi que nous avons pu recueillir 35 cas de ruptures utérines, dont 6 en une seule année à Aïn-Témouchent, avec un pourcentage global de 82 % de décès, s'expliquant par la septicité provoquée des lésions, l'état d'extrême épuisement de la mère quand le médecin est appelé à lui donner ses soins, et les défectuosités des moyens de transport et d'action mis à la disposition de celui-ci quand il se trouve éloigné d'un centre obstétrical. Le nombre, certainement considérable, des déchirures périnéales ne peut être précisé pour deux raisons : tout d'abord parce que la femme arabe consulte rarement pour ce qu'elle considère comme un incident inévitable lors de l'accouchement, et ensuite parce que nos collaborateurs occasionnels, ne tenant pas pour la plupart de statistiques, se bornent à dire « les déchirures du périnée sont fréquentes chez les Mauresques malgré l'extrême souplesse habituelle des tissus maternels et reconnaissent trois causes : la précocité du mariage, les gros enfants syphilitiques et surtout les manœuvres de dilatation forcée employées par les matrones ».

A côté des ruptures utérines et des déchirures périnéales, nous devons citer la multiplicité des rétentions placentaires totales ou partielles (85 cas), la fréquence des interventions utérines (9 cas) qui tuent nombre de mères par hémorragies profuses négligées, ou trai-

tées par les moyens empiriques précédemment précisés. Un de nos correspondants rapporte le cas d'un utérus complètement éversé, recouvert de croûtes purulentes, de paille, de terre et de « henné » chez une femme qui devait décéder d'infection puerpérale quelques instants après sa consultation, la famille ayant refusé l'acte opératoire et l'hospitalisation qui s'imposaient. Ces accidents reconnaissent une seule et même cause : le rôle désastreux des matrones qui, en présence d'une rétention placentaire, tirent sur le cordon ou expriment intempestivement un utérus en état d'inertie physiologique.

Signalons enfin les nombreuses fistules uro-génitales, surtout vésico et utéro-génitales chez ces femmes, dont le travail dure parfois plus d'une semaine pour se terminer par l'accouchement forcé d'un enfant mort, macéré et souvent en état de putréfaction avancée.

b) *Les accidents infectieux.*

Bien que certains confrères nous aient signalé « une sorte d'immunité progressive de la femme arabe vis-à-vis des infections puerpérales », immunité acquise par hérédité peut-être, par les mœurs et coutumes certainement, puisque l'absence totale de l'hygiène fait de la Mauresque l'hôtesse habituelle de toute une flore microbienne cutanée et muqueuse plus ou moins vaccinante, la majorité de nos correspondants nous rapporte de nombreux cas d'infection puerpérale. C'est ainsi que le Docteur Giraud, de Collo, nous écrit: « Les infections puerpérales sont très fréquentes en milieu indigène chez les femmes accouchées par des matrones, même après les accouchements absolument normaux ». C'est souligner suffisamment le rôle

de l'hétéro-infection provoquée par les indigènes dans la genèse de ces accidents sans qu'il soit encore nécessaire d'insister sur la lamentable action de ces « adjouzas » non seulement dépourvues de toutes connaissances, mais encore porteuses de germes et génératrices d'accidents que la nature, abandonnée à elle-même, n'aurait pas engendrés.

Parmi les infections puerpérales que nous avons recueillies dans notre correspondance, citons d'une part les septicémies puerpérales précoces à « strepto » et à anaérobies (23 cas), les hémorragies septiques tardives du post-partum (9 cas), les phlébites périphériques et pelviennes (10 cas), les péritonites puerpérales le plus souvent généralisées (6 cas), parfois localisées (4 cas), en soulignant que ces dernières, comme les métro-salpingites puerpérales pourtant si fréquentes en ce pays, restent pour la plupart inconnues des médecins, puisque ceux-ci ne sont en pareil cas que bien exceptionnellement consultés après des semaines d'expectative, quand l'état de la mère devient suffisamment alarmant et l'inefficacité des « qablat » suffisamment évidente, pour que la famille accepte de recourir enfin au toubib.

4) Que peut-on opposer a ce triste bilan de l'ignorance et du fatalisme ? Comment lutter contre ce facheux état psychologique générateur de tant de maux ?

Deux moyens s'offrent à nous : d'une part l'école obligatoire et gratuite pour tous les jeunes musulmans, filles et garçons, d'autre part la propagande prophylactique médicalement dirigée.

a) *L'école obligatoire et gratuite.*

Dans ce domaine l'effort des Communes, de la Colonie, de la Métropole est déjà considérable, mais il reste bien insuffisant. Dans toutes les sessions des Délégations financières ce même souci d'augmenter les écoles se manifeste dans l'esprit des rapporteurs chargés de l'instruction publique, bien que les créations nouvelles viennent chaque année doter la colonie d'un nombre sans cesse croissant de centres d'enseignement. Ce louable effort, nécessairement limité par les besoins d'un équilibre budgétaire, doit être poursuivi rationnellement par étapes, en suivant un plan d'ensemble qu'il importe d'élaborer d'avance. Dans l'élaboration de ce plan, s'il importe de penser aux grandes villes dont les besoins s'accroissent journellement, il faut aussi songer à la masse musulmane qui vit éloignée des centres européens. Pour elle il faut non seulement des écoles, mais aussi des maîtres, et ceux-ci doivent en quelque sorte être spécialisés, c'est-à-dire doués d'une connaissance suffisamment solide de l'arabe et du kabyle pour faciliter au maximum la compréhension de notre langue par des explications appropriées aux élèves dont ils auront à façonner « à la française » non seulement l'esprit, mais aussi le cœur.

Nous ne saurions en effet suffisamment insister sur l'importance colonisatrice considérable de ces dévoués instituteurs perdus dans la montagne et qui seuls avec leur famille, au milieu de milliers d'indigènes, font plus pour la France que toutes les interventions politiques plus ou moins démagogiques dont le but réel n'est pas toujours celui invoqué. En outre, pour que l'enseignement puisse atteindre vraiment le but recherché, c'est-à-dire l'instruction de tous, il fau-

drait qu'il soit non seulement gratuit comme il l'est, mais aussi obligatoire. Là, malheureusement, nous nous heurterons à des besoins vitaux avec lesquels il faudra nécessairement compter si l'on veut atteindre le but recherché. En effet, nous ne pouvons méconnaître que la majorité des indigènes, si elle réclame des enfants, si elle veut surtout des garçons, c'est que le nombre fait ici la force des familles, car les enfants dès l'âge de 7 ans constituent des soutiens nécessaires à la famille, des soutiens qui avec l'âge prendront de plus en plus d'importance. Dès leur première enfance, les petits Arabes, filles ou garçons, gardent les troupeaux, aident les femmes dans les corvées d'eau et de bois, vont glaner avec les mères, apportent les vivres au père qui travaille au champ plus ou moins éloigné, font enfin maintes commissions. Plus tard ils iront travailler chez les colons avec leur père. En somme, ils contribuent chaque jour davantage au rendement de la famille. Il ne faut donc pas, par une obligation aveugle et inconsciente, compromettre les ressources combien restreintes de ces mesquines et du même coup mettre un frein à des besoins prolifiques que nous avons surtout en vue de faciliter. Il ne faut pas, par une mesure arbitraire, faire des enfants indigènes, devenus désormais inutiles pour la famille, un surcroît de charge déjà suffisamment écrasante, le père gagne peu, la famille est nombreuse.

Une collaboration s'impose donc entre les services d'assistance et d'enseignement pour éviter qu'une mésure utile devienne une sanction néfaste. Si un sacrifice budgétaire s'impose, ce n'est pas à la famille arabe dépourvue qu'il doit incomber mais à la Colonie et à la Métropole, puisqu'elles en seront les principaux bénéficiaires.

b) *La propagande médicale dirigée.*

Plus que dans toute autre branche, la propagande doit, en Algérie, s'intéresser à l'assistance aux mères et aux enfants. C'est en effet en grande partie de l'éducation du public musulman que dépend le succès de la lutte que la France engage dans ce domaine. Or, il semble que jusqu'à ce jour, cette méthode de prophylaxie élémentaire mais indispensable n'ait pas reçu le plein développement qu'elle mérite.

Il importe que de nombreuses conférences soient faites en langue du pays, sous la surveillance de médecins, par des auxiliaires médicaux et des infirmières visiteuses spécialement préparés et secondés dans cette tâche par les administrateurs, les instituteurs indigènes, les interprètes judiciaires, les anciens élèves des médersas et les chefs indigènes, dont l'heureuse influence permettrait d'exercer une bien meilleure prophylaxie que celle qui existe actuellement. Le cinéma, le phonographe dont les indigènes sont si friands, joints aux affiches, aux tracts en langue arabe, permettraient en outre d'illustrer et de diffuser tous les principes élémentaires d'hygiène et de prophylaxie dont la méconnaissance est la raison d'innombrables désastres. L'intensification et la coordination de ces méthodes de propagande, dirigées par des médecins connaissant les mœurs et les coutumes des indigènes, nous permettent d'espérer que dans un avenir assez proche nous pourrons obtenir de meilleurs résultats contre cet état d'esprit, cette mentalité caractéristiques du peuple musulman, véritables acquisitions ancestrales que cent années de contact avec l'élément européen n'ont que très peu modifiées, précisément à cause d'une défectuosité de cette propagande dont MM. Lacroix et Colonieu ont souligné, au Congrès de Tunis, tout l'intérêt médical et colonisateur.

Tous les plus grands espoirs nous sont permis à ce sujet. En effet, quoi de plus édifiant que cette statistique de la consultation de stérilité à la maternité d'Alger, consultation créée par notre Maître le Professeur Laffont :

Sur 3.800 consultantes examinées de 1936 à 1939, 860 étaient stériles, et parmi elles on trouve 175 Européennes et 685 indigènes. Cette consultation, ralentie pendant la guerre, a repris et le nombre des consultantes a actuellement presque triplé.

CHAPITRE II

LES FLÉAUX PATHOLOGIQUES

A côté des fléaux inhérents au psychisme musulman, contre lesquels la médecine a bien peu de recours, il faut souligner l'importance toute particulière des fléaux pathologiques bien spéciaux à la femme et à l'enfant indigènes.

Parmi ceux-ci nous devons distinguer tout d'abord ceux qui menacent plus spécialement l'enfant et ceux qui intéressent surtout la mère.

1° L'ENFANT

L'enfant arabe paie un lourd tribut, tout d'abord à la méconnaissence chez ses parents de la diététique, ensuite à des tares héréditaires: qu'elles soient ancestrales comme la syphilis, ou acquises comme la tuberculose, l'alcoolisme; enfin aux affections maternelles dont certaines (gonococcie) peuvent avoir pour l'enfant des complications oculaires particulièrement graves.

Nous étudierons sucessivement la mortinatalité, la mortalité et la morbidité infantiles.

A. Mortinatalité

a) La syphilis. — Parler de la mortinatalité revient pour la plus grande part à poser le problème de la lutte contre la syphilis. Certes, nous n'irons pas jusqu'à dire qu'elle seule en est la cause, mais son rôle est si grand, sa prophylaxie si ingrate, que nous croyons pouvoir dire qu'elle est « la grande avorteuse », à sa période secondaire surtout.

C'est à elle que seront dus tous ces avortements répétés, les femmes présentant ou non des syphilides de la période tertiaire. C'est elle qui provoquera ces morts de fœtus « in utéro », ces cas d'hydramnios, ces monstruosités.

Enfin, c'est encore elle qui sera la cause de ces accouchements prématurés dont l'étiologie sera signée par l'expulsion d'un fœtus énorme avec hydrocéphalie et hépato-splénomégalie considérables.

b) Le Paludisme. — Le paludisme, si fréquent surtout chez l'indigène de la campagne, est une autre cause de mortinatalité. En effet, au cours de l'anémie, des accès pernicieux et de la cachexie palustre, les accidents de la gestation sont fréquents. L'infection paludéenne détermine souvent l'interruption de la grossesse, entraînant 14 % d'avortements et 19 % d'accouchements prématurés. Nous verrons d'ailleurs plus loin l'importance considérable du facteur étiologique dans les accidents de la gestation.

c) Les dystocies. — En troisième lieu viennent les dystocies. Celles-ci le plus souvent pelviennes, comme nous le verrons plus loin par leur étude détaillée, peuvent être aussi ovulaires : placenta prévia, procidences, hydramnios.

d) La précocité du mariage, surtout en Kabylie, les travaux pénibles qui sont dévolus dans la vie familiale à la femme et, le cas échéant, le jeûne très déprimant du ramadan imposé par la loi coranique, sont encore autant de causes d'avortements. Il faut en effet se rappeler que bien souvent la femme arabe se marie vers 10-12 ans, alors que son organisme est celui d'un enfant, que son utérus est infantile comme son bassin et que l'œuf trouvera de ce fait un milieu bien peu favorable à son développement. D'où la fréquence des avortements en pareil cas, accrue par les traumatismes considérables et répétés que constituent les coïts ininterrompus durant la gestation.

B. Mortalité et morbidité infantiles

Si, dans l'ensemble, il meurt presque autant d'enfants indigènes que d'européens, cela tient à deux grandes causes. Tout d'abord aux facteurs climatiques ; l'indigène est beaucoup moins sensible, de par son atavisme, que l'Européen aux écarts de température quelquefois brusques, au climat insalubre bien souvent, enfin à la sécheresse et à la chaleur parfois excessives. Ainsi, le « syndrome du vent du Sud » de Weill et Mouriquand grèvera beaucoup plus la population infantile européenne que celle indigène. De plus, si la déclaration des naissances et des décès est obligatoire, et en principe observée sur tout le territoire, elle n'est pratiquement obtenue qu'au voisinage des centres où le contrôle de l'état civil est effectif. Aussi il est permis de dire que les statistiques sur lesquelles on se base pour la mortalité sont le plus souvent au-dessous de la réalité.

La mortalité infantile proprement dite relève de

causes assez diverses. Certes nous retrouvons encore au premier plan la syphilis, la tuberculose et la débilité congénitale, mais les erreurs de diététique et les maladies infectieuses prennent ici une place non négligeable. C'est ainsi qu'on verra encore beaucoup de cas de tétanos ombilical, l'accouchement ayant lieu, comme le veut la coutume, sur la terre.

Mais le fléau des enfants est principalement la gastro-entérite surtout fréquente chez le nourrisson, ainsi que l'entérite cholériforme et les diarrhées vertes saisonnières.

Dans ces affections, comme causes étiologiques jouent : l'hérédité, le milieu familial avec habitudes défectueuses, la mauvaise hygiène et surtout les fautes alimentaires, telles que la suralimentation globale et les tétées sans horaire fixe. Là encore, la mortalité serait peut-être moins importante, si elle ne trouvait un appui sérieux, d'une part dans le fatalisme islamique, d'autre part dans le recours aux soins des commères et des marabouts. Si le médecin est appelé, ce sera presque toujours trop tard, il se trouvera en présence d'un enfant déjà débile par de nombreuses tares et de plus saigné à blanc, déshydraté, d'allure cadavérique, en pleine athrepsie désastreuse qu'il sera bien difficile alors de juguler.

Comme causes de morbidité nous retrouverons, en plus des affections précédentes, des maladies oculaires très fréquentes chez l'indigène. Ce seront : du trachome, laissant quantité d'enfants aveugles, car non soignés, de l'ophtalmie gonococcique transmise par les mains sales de la mère, des conjonctivites saisonnières, surtout en été et amenant les jeunes indigènes par milliers dans certaines consultations ; le rôle des mouches est aussi prépondérant dans la transmission de ces affections. Enfin, l'enfant pourra avoir des

sequelles oculaires de variole, mais celle-ci devient de plus en plus rare depuis les vaccinations obligatoires.

Signalons pour mémoire la fréquence du pemphigus syphilitique, et du coryza syphilitique chez le nouveau-né, en si grand nombre chez les Arabes où la syphilis est véritablement endémique.

2° LA MÈRE

Les Fléaux Organiques de la Femme

Parmi ces fléaux, les uns sont inhérents à la constitution de la mère indigène, d'autres constituent la pathologie algérienne, enfin les derniers sont d'importation.

A. L'ostéomalacie

En plus des dystocies osseuses communes à toutes les femmes de toutes les races, dans tous les pays, sous tous les climats et comprenant : les bassins scoliotiques, lordotiques, cyphotiques, les bassins ovalaires, aplatis, rétrécis, les bassins des boiteuses, des coxalgiques, pottiques, etc..., la femme indigène est atteinte plus particulièrement de dystocie produite par des bassins infantiles, rachitiques, et surtout ostéomalaciques, constituant ainsi une véritable « dystocie pelvienne algérienne ».

D'après l'enquête que nous avons faite auprès de nombreux médecins du bled, et sur 387 dystocies dont l'étiologie a été reconnue, voici le pourcentage que nous relevons et par ordre de fréquence :

Bassins rétrécis	92
Epaules	73
Sièges	58
Placenta prévia	54
Gros enfants	47
Fronts	6

Parmi ces 92 bassins rétrécis il y a quelques cas de bassins infantiles et rachitiques, mais la grosse majorité est due à l'ostéomalacie qui a trouvé un terrain très propice chez l'indigène.

Dans l'étiologie des premiers nous retrouvons tout ce qui a déjà été vu, à savoir : les troubles de carence, la débilité congénitale, et surtout la précocité du mariage. A ce sujet rappelons l'idée que nous a suggérée notre confrère le Docteur Montaldo de Téniet-el-Haâd: « Le mariage indigène gratuit devant le Cadi ferait certainement diminuer le nombre des unions clandestines contractées avant l'âge légal pour la femme ».

Nous avons donc 92 bassins rétrécis dont la plupart sont dus à l'ostéomalacie. Ce chiffre nous prouve le retard et l'insuffisance de la médecine du bled algérien, et ce, non pas seulement du point de vue obstétrical pur, mais de l'insuffisance médicale générale auprès de l'indigène, car n'oublions pas que celui-ci forme la grosse majorité, sinon la totalité de nos chiffres.

Alors que le pourcentage des dystocies osseuses a subi une grosse diminution dans ces 20 dernières années, nous restons, en Algérie, loin encore derrière les progrès réalisés par la prophylaxie. Au Congrès de Genève en 1896, on tablait sur 12 bassins rétrécis sur 100 dystocies. Actuellement, en France, exceptée la région lyonnaise où le pourcentage est encore assez élevé (10 %), on note 2 à 4 bassins viciés sur 100 dys-

tociques. Comme nous sommes loin de nos 26 % (1/4 environ) !

Cette diminution de la dystocie par bassins viciés, dans les divers pays, à quoi est-elle due ? La réponse à cette question nous permettrait sans doute de comprendre pourquoi les viciations pelviennes tiennent un si grand rôle dans la dystocie algérienne.

On peut expliquer le recul de l'ostéomalacie dans les divers pays par :

1. Le recul du rachitisme par les efforts tentés contre les causes de cette dystrophie.

2. Le perfectionnement des méthodes orthopédiques qui corrigent de bonne heure les déformations congénitales et acquises.

3. Par la lutte contre les maladies infectieuses et héréditaires susceptibles de se transmettre au produit de conception et de troubler son squelette.

4. Le mariage plus tardif, quand le bassin, d'infantile est devenu adulte.

L'Ostéomalacie en Algérie

Etant donné que dans les 92 cas de bassins viciés rapportés par nos correspondants, plus de la moitié est constituée par des bassins ostéomalaciques, nous croyons utile de nous étendre sur cette ostéomalacie algérienne, pour en approfondir les causes et par là, préciser les moyens qui nous permettraient de combattre ce trouble de l'ostéogénèse.

Il est malheureux de constater que l'Algérie se trouve posséder le triste apanage d'être, toutes proportions gardées, la terre la plus fertile du monde en ostéomalacie. Or, à l'heure où la question de dénata-

lité en France est toute d'actualité, à l'heure où notre empire colonial se voit de toute part menacé, il nous semble opportun d'insister sur une des causes de notre dépeuplement, d'en rechercher l'étiologie, afin de pouvoir l'enrayer dans la mesure du possible et de voir s'effacer de regrettables constatations comme la suivante.

D'après des statistiques récentes on a calculé qu'il y avait 3 Français de moins par heure alors que les Japonais s'accroissent de plus de 100, les Italiens de 54 et les Allemands de 47.

Si l'ostéomalacie est en Algérie une des causes du dépeuplement, le mal n'est pas sans remède et nos possibilités sont grandes vis-à-vis de lui. La meilleure preuve n'est-elle pas donnée par la chute des statistiques lyonnaises où cette affection, autrefois très fréquente, a repris son cours normal grâce au traitement prophylactique et à la multiplication des consultations.

Commençons donc par rechercher quelles sont les causes plus particulières qui président à l'éclosion de l'ostéomalacie en Algérie.

On trouve ici réunis à peu près tous les facteurs cités comme déterminant ou prédisposant dans tous les pays où cette affection se fait remarquer par sa fréquence.

1° *Le sol et l'eau*

En Europe, deux pays : la Bohême et la Bretagne semblaient, jusqu'à ces deux dernières années, être de beaucoup les plus touchés par l'ostéomalacie. Aussi a-t-on recherché quelles ressemblances présentaient ces deux terres. Poeta, professeur bohémien, dans son ouvrage « Rapports entre la formation géologique de l'Ille-et-Vilaine et celle de la Bohême », remarque que ces deux régions ont un même sol de

formation primaire, granitique et riche en dépôts siluriens, constitution géologique entraînant un appauvrissement considérable de la teneur de l'eau en calcium. Voyons si, en Algérie, cette hypothèse peut trouver confirmation.

M. le Professeur Laffont, à la séance du 10 décembre 1932 de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger, avait délimité, pour le département d'Alger, trois foyers principaux d'ostéomalacie : le premier en Kabylie, le second dans le Haut-Chélif, le troisième sur les derniers contreforts de l'Atlas Tellien, au sud d'Aumale. Ces foyers se trouvant dans des terrains accidentés, à grandes pentes, sont des régions d'écoulements des eaux et, de ce fait, l'eau de boisson a une teneur très variable en sels minéraux, mais toujours pauvre en calcaire.

Notre Maître avait pensé qu'il y avait peut-être là une cause favorisante à l'éclosion de l'ostéomalacie, mais, d'après une enquête faite par le Docteur Magnol, dans sa thèse, auprès des médecins des trois départements, les cas d'ostéomalacie se sont trouvés très dispersés et dans les terrains les plus divers, comme par exemple à Alger où l'eau est surchargée en calcaire, à tel point que celui-ci, se déposant dans les conduites d'adduction et les bouchant continuellement, constitue presque un fléau pour le service des eaux.

En dehors de la teneur des eaux en calcium, un autre facteur peut jouer. Hoenecke, le premier, attira l'attention sur le syndrome thyrodien de l'ostéomalacie. Il remarqua que les pays à goitres sont aussi des pays à ostéomalacie. Or, la Kabylie, gros foyer d'ostéomalacie, n'est-elle pas aussi un pays où les goitres sans maladie de Basedow abondent ?

Il ressort de cette étude géologique et hydrologique que si l'eau ne semble pas devoir être mise en cause

comme facteur étiologique déterminant de l'ostéomalacie, elle peut cependant être une cause favorisante qui, venant s'ajouter à d'autres facteurs, contribue à l'appauvrissement calcique de l'organisme.

2° *Le climat*

Bien que les régions humides, froides, marécageuses soient indiquées comme favorables à l'éclosion de l'ostéomalacie en Europe, nous ne croyons pas chez nous que le climat puisse être mis dans la gamme des facteurs étiologiques.

Mais, où nous remarquons une grande ressemblance avec les autres pays, c'est dans le genre de vie de nos malades.

3° *Le genre de vie*

Dans quelque nation que ce soit, l'ostéomalacie se rencontre presque exclusivement dans la classe pauvre et la qualité de pauvre entraîne immédiatement des conditions communes aux classes déshéritées de tous les pays, à savoir : mauvaise alimentation, surmenage physique, inconfort de l'habitation, multiparité, et peut-être aussi, semble-t-il, une fréquence plus grande dans l'apparition de la syphilis et de la tuberculose.

Or ici nos malades se rencontrent presque exclusivement chez « les mesquines ». Ne faut-il pas voir là un facteur étiologique d'une certaine importance ?

L'hypoalimentation et surtout l'hypoalimentation carnée est depuis longtemps suspectée comme favorable à la décalcification. Or l'indigène algérien mange très peu de viande, seuls les riches peuvent se payer ce luxe. Le pauvre n'en goûte que dans les grandes

occasions et encore, le gros morceau, la part du lion étant pour l'homme, la femme doit se contenter de la portion congrue.

De plus, l'indigène est soumis tous les ans, par la loi coranique, à un mois de jeûne, de « ramadan ». Une exception a bien été prévue par le prophète Mahomet aussi bien pour les femmes enceintes que pour les soldats en campagne, les vieillards et les malades, mais en fait la coutume veut que les gestantes fassent comme les autres. L'hypoalimentation trouve donc une preuve de son importance comme facteur étiologique, dans ce fait qu'il existe une ostéomalacie dite « de famine » bien connue en Chine et aux Indes Anglaises et qui fut observée en Europe à l'occasion du siège de Vienne et de celui de Paris pendant lequel Charcot a vu mourir quatre femmes ostéomalaciques à la Salpêtrière alors qu'il n'en avait jamais vu autant en si peu de temps.

4° *Le surmenage physique*

Il est certain que le surmenage physique amoindrit la résistance de l'organisme et prépare ainsi le terrain à la maladie. L'ostéomalacie ne peut faire exception à cette règle. Or la femme indigène, comme nous l'avons déjà vu, est toujours surmenée. Si l'on ajoute à cela les mauvais traitements, il est aisé de comprendre pourquoi ces femmes sont si vite flétries et qu'à l'âge de 30 ans elles portent déjà le qualificatif de « adjouza » (vieille).

5° *L'habitation et l'insolation*

Chacun connaît le gourbi algérien : c'est une masure faite de « toubs » ou de paille mêlée de boue ; le plafond trop bas est formé de roseaux ou de diss

servant de toiture, le sol est à peine aménagé. De fenêtres point, une seule ouverture: la porte basse et étroite donnant sur une cour intérieure limitée par un quadrilatère de demeures semblables.

La carence en rayons lumineux invoquée dans l'étiologie ne semble pas chez nous devoir être prise en considération. A la campagne, c'est dans la cour intérieure largement insolée que vivent les femmes pendant toutes les heures de la journée où les hommes sont retenus dehors par leurs occupations. C'est dire que pendant sa longue captivité qui dure une vingtaine d'années, entre 10 et 30 ans, en dépit des apparences, la jeune Mauresque ne manque pas de rayons lumineux. Cependant à la ville il n'en est pas de même.

6° *La multiparité*

Elle semble devoir être incriminée dans l'étiologie de l'ostéomalacie algérienne.

Notons cependant cette particularité : l'ostéomalacie se rencontre surtout chez des adolescentes ayant eu plusieurs grossesses successives de bonne heure.

7° *L'allaitement*

On a pensé que l'allaitement prolongé pouvait être une cause de décalcification. L'apparition de l'ostéomalacie chez la nourrice vient confirmer cette hypothèse. En Algérie, ce rôle étiologique se vérifierait encore, car l'enfant indigène n'est guère sevré avant 2 ou 3 ans, et la mère hypoalimentée est une proie tout indiquée pour la maladie. Cependant, la plupart des cas apparaissant pendant la grossesse, le rôle de l'allaitement se trouve par ce fait même placé sur un plan tout à fait secondaire.

8° *Avitaminose*

Enfin, la dernière théorie, qui semble devoir être admise actuellement, est celle de l'avitaminose. Ceci paraît maintenant démontré, non seulement par l'étude des rations alimentaires, mais encore et surtout par l'efficacité du traitement. Il s'agirait d'avitaminose D et surtout B.

MM. Lacroix et Lamy ont publié à ce sujet, dans *L'Algérie médicale* (février 1939) une observation très démonstrative. Ils nous rapportent le cas d'une jeune indigène de 19 ans atteinte d'ostéomalacie nettement caractérisée. « Dès son hospitalisation elle est mise au grand régime, reçoit une injection intra-musculaire de calcium tous les deux jours, et prend quatre cuillerées à bouche de levure de bière fraîche par jour.

« Un mois plus tard les douleurs ont presque complètement disparu et l'aspect général est devenu florissant. Les radiographies successives montrent les transformations survenues dans la texture osseuse du bassin : les trabécules sont de mieux en mieux dessinées ; l'aspect flou du début a progressivement disparu ; les déformations osseuses ne se sont pas modifiées. »

9° *Tuberculose et syphilis*

Ce sont là, comme nous l'avons déjà vu, deux fléaux qui déciment la population indigène où la mortalité infantile est encore trop importante. Le traitement antisyphilitique a donné quelques bons résultats, il a souvent échoué aussi. Il n'en est pas moins troublant de voir la syphilis abonder sur cette terre algérienne qui semble être en même temps une des plus riches en ostéomalacie. On est forcément tenté de penser qu'il y a là une relation de cause à effet.

Quant à la tuberculose il semble que loin d'être une cause elle soit plutôt une complication pulmonaire de l'ostéomalacie, comme de toute maladie entraînant une déficience profonde de l'organisme.

Somme toute, nous voyons que si tous les facteurs étiologiques que nous venons d'étudier ne sont pas d'une façon évidente responsables à eux seuls de l'éclosion de la maladie, il n'en est pas moins vrai que leur réunion constitue un terrain favorable à cette affection. Or cette réunion se trouve réalisée chez « le mesquine » algérien, et cela nous fait penser que l'on peut considérer les privations, la fatigue, le mauvais logis, la multiparité ou le manque de soleil comme faisant le lit de l'ostéomalacie, de même que la bonne chère fait celui de la goutte.

Aux termes de cette étude étiologique de l'ostéomalacie en général, essayons de préciser plus particulièrement les facteurs étiologiques caractéristiques de l'ostéomalacie algérienne. Nous devrons retenir surtout: le surmenage, l'hypoalimentation (carences et avitaminoses), les grossesses successives, l'allaitement prolongé, la déchéance physique (paludisme) et, peut-être, des troubles endocriniens engendrés par la syphilis héréditaire ou acquise.

Si, comme nous venons de le dire, l'ostéomalacie se rencontre en Algérie avec une fréquence particulière, nous devons insister sur deux de ses caractères évolutifs qui la différencient de l'ostéomalacie des divers pays :

Tout d'abord, alors qu'en Europe nous trouvons dans la littérature un certain nombre de cas d'ostéomalacie chez des adolescents, des jeunes filles ou des vieillards, en Algérie il n'en a pas encore été observé chez l'homme et elle paraît exceptionnelle chez la femme en dehors de la puerpéralité.

D'autre part, alors que classiquement le pronostic maternel est très sombre et ne laisse aucun doute sur l'évolution de la maladie, celle-ci évoluant lentement mais sûrement vers la cachexie et la mort, tout autre est le pronostic de nos cas algériens. Sous nos climats l'ostéomalacie est capable de guérir spontanément. Ce n'est pas là une règle générale, mais il est possible de dire que la femme indigène ne meurt pas de l'ostéomalacie. En dehors du péril de l'accouchement, aucun cas à notre connaissance n'a eu de terminaison fatale.

B. Fléaux inhérents à la pathologie algérienne

Ils sont nombreux et causent de gros dégâts chez la femme indigène et plus particulièrement chez la mère.

A. La Syphilis

En premier lieu nous devons citer la syphilis.

Cette affection revêt, chez l'Arabe, une importance considérable. On a dit que les 9/10 d'entre eux sont syphilitiques. Certaines statistiques sont particulièrement probantes à cet égard.

Sur 452 femmes examinées par les Docteurs Montpellier et Lefranc :

154, de 15 à 25 ans, ont eu :

51 fausses couches,
144 enfants morts,
155 enfants vivants.

89, de 26 à 30 ans, ont eu :

46 fausses couches,
191 enfants morts,
192 enfants vivants.

70 de plus de 30 ans ont eu :

50 fausses couches,
24 enfants morts,
175 enfants vivants.

139 étaient stériles.

C'est-à-dire que pour 452 femmes il y a eu 1.187 grossesses avec 494 enfants vivants, dont la plupart présentaient des signes ou des accidents d'hérédo-syphilis.

La fréquence de la syphilis est due, pour une grande part, à la masse sans cesse croissante des prostituées indigènes formant pour ainsi dire un véritable « réservoir de virus », elle est due enfin à l'inexistence de mesures prophylactiques générales, ainsi que le démontre, entre autre choses, l'organisation défectueuse de la prostitution.

La syphilis, latente chez la plupart de ces femmes, subira un coup de fouet par la grossesse et, en plus de ces avortements à répétition, graves pour la mère par les hémorragies qui en résultent et qui restent bien souvent sans soins, en plus de ces morts « in utéro », la syphilis sera un facteur de dystocies par les dégâts qu'elle entraîne chez ces femmes : chancres de la fourchette, du col de l'utérus qui évoluent bien des fois sous une forme hypertrophique et envahissante durant toute la grossesse, ou alors laissent des cicatrices indélébiles gênant la dilatation des parties molles et provoquant beaucoup de déchirures.

De plus, lorsque ces femmes se font soigner à l'hôpital, dès que leur chancre commence à sécher, elles n'ont plus qu'un désir : quitter au plus vite cette « maison de la mort ».

C'est ainsi qu'elles gardent éternellement leurs spirochètes et que d'autres accidents feront bientôt leur apparition.

Lors de la délivrance, ces volumineux « placenta » présenteront bien souvent des adhérences anormales, les rétentions seront donc fréquentes, entraînant ainsi quantité de cas d'infection du post-partum.

B. Les métrites gonococciques

Elles sont aussi fréquentes chez la femme indigène que la syphilis. Elles concourent donc avec cette dernière à provoquer ce nombre considérable de stérilités, d'avortements et de dystocies des parties molles.

Volontairement nous avons limité l'exposé des ravages que peuvent causer ces maladies vénériennes : syphilis et gonococcie, parce qu'elles sont très connues et ont fait l'objet de nombreux travaux : qu'il s'agisse de thèses inspirées par le Professeur Laffont à ses élèves ou de rapports aux divers Congrès (Congrès d'Alger : Rapport de MM. Laffont et Fulconis. Congrès de Tunis : Rapport de MM. Lacroix et Colonieu).

C. Le Paludisme

Paludisme et puerpuéralité

Si l'influence néfaste de la syphilis et de la gonococcie sur la mère et l'enfant en Algérie est évidente et admise de tous, le rôle du paludisme dans ce domaine, bien que d'une importance tout aussi grande, ne semble pas suffisamment connu, malgré les travaux

nombreux consacrés à cette question, et particulièrement ceux de l'Ecole d'Alger au premier rang desquels nous devons signaler ceux de notre maître, le Professeur Laffont.

C'est pourquoi nous jugeons opportun de nous étendre plus particulièrement sur ce chapitre de la pathologie algérienne de la grossesse.

L'influence défavorable du paludisme se manifeste à tous les stades de la puerpéralité, depuis la fécondation jusqu'aux suites de couches, et même sur le produit de la conception: l'œuf, et plus tard sur le nouveau-né.

1° *Le paludisme est un important facteur de stérilité chez la femme arabe*

Malgré la règle générale en pathologie obstétricale : « tant vaut le terrain, tant vaut la graine », nous ne pouvons invoquer des arguments anatomo-histologiques irréfutables prouvant l'infertilité causée par l'influence de l'hématozoaire sur les gamètes. Cependant nous nous croyons en droit de penser que chez les paludéens la valeur combien précaire du terrain doit conditionner le pouvoir fécondant des gamètes, et il nous paraît difficile de contester l'existence d'une infécondité palustre. Cette stérilité nous paraît devoir s'expliquer par de multiples raisons.

a) *Troubles apportés par le paludisme au mécanisme normal de l'ovulation*

Tous les opérateurs nord-africains ont en effet présents à la mémoire de nombreux cas d'ovarites sclérokystiques opérés chez les paludéennes avérées, de multiples observations de péritonites pelviennes plas-

tiques, adhésives et douloureuses opérées, dans de semblables circonstances, chez les femmes dépourvues de tout antécédent obstétrical ou gynécologique septique. Comment refuser à ces lésions plastiques l'épithète palustre, alors qu'on l'attribue à des lésions semblables observées dans la loge splénique et dans le carrefour pyloro-duodénal. (Drs Dumolard, Vialet, Marchioni).

Ces lésions donc, ovariennes et péri-annexielles, que nous persistons à croire paludéennes jusqu'à preuve du contraire, peuvent créer des obstacles à la ponte et à la migration de l'ovule, non seulement par la création d'une coque fibro-inflammatoire autour de l'ovaire, enfouissant celui-ci sous un treillis d'adhérences nombreuses, mais encore en déterminant l'agglutination des franges tubaires, des plicatures et des compressions des conduits de Fallope, complications dont la cure chirurgicale constitue le meilleur traitement de la stérilité.

b) *Gêne apportée à la migration des gamètes par le paludisme*

Sans qu'il nous soit besoin d'invoquer les causes d'infertilité masculine d'origine palustre (orchites, épididymites, funiculites, vaginalites, et pachyvaginalites adhésives, etc.), qui nous éloigneraient du problème de la mère et de l'enfant, nous devons souligner l'importance et la fréquence des obstacles mécaniques créés par le paludisme, sur la route que doivent suivre les gamètes pour se rencontrer. Les coques inflammatoires péri-ovariennes, les péritonites pelviennes plastiques, les sténoses, coudures et agglutinations tubaires précédemment signalées peuvent, en ralentissant la marche normale des gamètes l'un vers l'au-

tre, déterminer soit des stérilités rebelles à toute thérapeutique médicale, soit des grossesses ectopiques, ovariennes, péritonéales et tubaires, les secondes plus dangereuses encore en milieu indigène que les premières, puisque, méconnues, elles évolueront vers la rupture et la mort, bien souvent sans avoir pu être observées par un confrère, la femme arabe ne se faisant pas examiner pendant la gestation.

c) *Troubles de la circulation pelvienne causés par le paludisme.*

Connaissant d'une part l'affinité bien spéciale de l'hématozoaire pour l'appareil circulatoire, démontrée par les travaux des Algérois Dumolard, Vialet, Marchioni, Aubry, Benhamou, Lemaire, Thiodet, et expliquant les cardiopathies, les aortites, les artérites, les phlébites paludéennes ; d'autre part sachant quel est le rôle néfaste des congestions pelviennes sur le pouvoir fécondant des femmes, nous sommes en droit d'invoquer un mécanisme semblable pour expliquer l'influence stérilisante du paludisme.

d) *Interruptions fréquentes de la grossesse provoquées par le paludisme.*

La plupart de nos correspondants nous signalent en effet la fréquence des avortements, des accouchements prématurés, des morts « in utéro », causés par le paludisme. Qu'il nous suffise de rappeler à ce propos la statistique aujourd'hui classique de Bonfils qui, sur 105 cas de grossesse évoluant chez des paludéennes avérées n'a observé que 32 accouchements à terme et 73 cas d'interruption plus ou moins précoce de la gestation.

Notre maître, le Professeur Laffont, a pu évaluer

à 72 % le nombre de ces interruptions de la grossesse déterminées par le paludisme.

Ainsi, que ce soit par débilité primitive de l'ovule, par obstacle à l'ovulation, par gêne à la fécondation ou nidation ectopique, ou par interruption précoce ou tardive de la gestation, le paludisme peut et doit être considéré comme un des principaux facteurs de stérilité de la femme arabe.

c) *Malaria grande avorteuse*

Sans chercher davantage à démontrer le rôle défavorable du paludisme sur la grossesse, rôle suffisamment objectivé par les chiffres précédents, voyons comment se peut expliquer le pourcentage extrêmement élevé de ces accidents chez la femme arabe, faisant de la malaria une aussi « grande avorteuse » que la syphilis.

Pour cela diverses raisons se présentent à notre esprit : les unes générales, liées au retentissement du paludisme sur l'organisme maternel, les autres locales par atteinte du muscle utérin, de l'endomètre et du fœtus.

Causes générales

A côté des troubles cardio-vasculaires précédemment cités, et sur lesquels il est inutile de revenir puisqu'ils sont démontrés par la clinique et la radiologie, signalons :

1. *Les lésions hépato-rénales* provoquées par le paludisme invétéré et déterminant toute cette gamme de troubles gravido-toxiques, par déficience du foie et des reins, dont l'aboutissant inévitable est l'interruption de la grossesse qui paraît être plus tardive dans le paludisme que dans la syphilis.

2. *Les atteintes du système nerveux* périphérique et central causées par un paludisme invétéré, dont la manifestation gravidique la plus évidente a été désignée sous le nom d'éclampsie palustre.

3. *Les altérations du sang* allant de la simple anémie palustre, avec diminution des globules rouges et de la résistance globulaire, avec lymphomonocytose et leucopénie, jusqu'à l'anémie de Biermer et à l'anémie aplastique qui emportent à la fois la mère et l'enfant, si l'on n'intervient pas suffisamment à temps pour interrompre la gestation.

4. *L'intensité des accès fébriles* qui, dans le paludisme comme dans toutes les affections hyperpyrétiques, aboutissent à la mort du fœtus « in utéro » et à l'expulsion prématurée de l'œuf par retentissement toxi-infectieux sur la fibre utérine.

Causes locales

A côté des phénomènes utérins et ovulaires secondaires aux causes générales précédemment invoquées, signalons :

1. *Les altérations anatomiques et fonctionnelles de la fibre musculaire utérine.*

L'influence toxi-infectieuse du paludisme sur les muscles en général, caractérisant l'asthénie palustre, se manifeste bien davantage encore sur le muscle utérin en état d'hyperplasie, d'hypervascularisation, d'hyperactivité tissulaire. Les propriétés primordiales, caractéristiques, du muscle utérin : l'excitabilité, l'élasticité, la contractilité, la rétractilité, vont être influencées fâcheusement, non seulement par perturbation de la nutrition de l'organe, consécutive à l'état patho-

logique du sang, mais aussi par les décharges toxi-infectieuses que lance chacun des accès palustres.

C'est ainsi que le muscle utérin deviendra hyper-excitable, la palpation la plus légère pouvant déterminer des contractions violentes ; c'est ainsi que nous observerons lors de l'accouchement une hypercontractilité et une tendance manifeste aux rétractions chez les parturientes atteintes de paludisme aigu, tandis qu'au contraire nous verrons de véritables états d'inertie chez les paludéennes chroniques. De même dans les suites de couches immédiates, nous observerons fréquemment des hémorragies par inertie, par défaut de rétractilité, et des troubles importants de l'involution utérine, celle-ci généralement ralentie chez les paludéennes.

2. *Les altérations palustres de l'endomètre et du placenta.*

Si l'existence d'une endométrite paludéenne, réalisant une véritable entité anatomo-clinique, n'est pas démontrée, si les altérations macroscopiques et microscopiques fréquemment observées sur les placentas paludéens ne revêtent pas une allure vraiment spécifique, il n'en existe pas moins de façon indéniable, tant au niveau de l'endomètre qu'au niveau du placenta, des lésions habituelles presque toujours semblables.

Lésions de deux ordres :

a) *Manifestations toxi-inflammatoires,* semblables a celles que réalise l'intoxication gravidique, et probablement liées à une même cause : atteinte des fonctions primordiales hépato-rénales, elles-mêmes liées dans un cas au paludisme, dans l'autre à la toxémie ovulaire.

b) *Suffusions hémorragiques,* dont nous ne saurions chercher la cause ailleurs que dans le paludisme.

Cette tendance hémorragipare du paludisme, caractérisée par l'augmentation du temps de saignement et du temps de coagulation, avec une diminution parfois considérable du nombre des plaquettes, explique aux médecins la fréquence des épistaxis, des hématémèses, des hémorragies intestinales, des hémoptysies, des manifestations purpuriques, etc., au cours de certains paludismes aigus. Elle doit aussi expliquer, non seulement le nombre considérable des hémorragies de la grossesse survenant chez les paludéennes, mais aussi la plupart des hémorragies placentaires, des avortements, des accouchements prématurés observés chez la femme arabe.

3. *L'atteinte du fœtus*

Si, dans son atmosphère liquide, le fœtus peut être considéré à l'abri des traumatismes extérieurs, par l'intermédiaire de la circulation fœto-placentaire, il est intimement lié à l'organisme maternel dont il partage les vicissitudes. Non seulement les altérations du sang maternel précédemment exposées influeront indubitablement sur la constitution générale et le développement du fœtus d'une paludéenne, non seulement il devra subir le contre-coup des décharges toxi-infectieuses inhérentes aux accès palustres et aux déficiences hépato-cardio-rénales de sa mère, mais encore il sera dans 40 % des cas atteint par le germe causal.

Si longtemps on a pu croire que le placenta constituait une barrière infranchissable à l'hématozoaire, les travaux du Professeur Laffont et de ses collaborateurs ont aujourd'hui démontré que l'hématozoaire pouvait franchir la barrière inter-fœto-maternelle

constituée par le placenta. Ils ont démontré que la présence, depuis longtemps connue, de l'hématozoaire dans le placenta ne s'expliquait pas seulement par le fait que celui-ci trouvait dans cet organe ovulaire un excellent milieu de culture (circulation ralentie, présence de glucose, faible quantité d'oxygène) comme le pensaient Blaclock et Gordon, mais surtout parce que la présence du parasite dans le placenta constituait une étape de l'infestation fœtale, puisqu'ils purent mettre en évidence, tant dans le sang du cordon que dans le sang du nouveau-né, l'existence des hématozoaires. C'est ainsi que MM. Laffont et Fulconis ont démontré le passage transplacentaire du *Plasmodium præcox* et du *Plasmodium vivax,* que MM. Laffont et Dumolard ont prouvé la présence dans le sang du cordon et dans le sang du nouveau-né du *Plasmodium malariæ*. Bien mieux, l'école d'Alger a démontré que le passage de ces parasites n'impliquait pas nécessairement l'existence de lésions accidentelles ou hémorragiques de la villosité choriale, comme le prétendaient Concetti et Van Dec Braden, mais que la mérozoïte pouvait franchir une barrière placentaire absolument normale, tout comme le streptocoque ou le bacille d'Eberth, et cela d'autant plus facilement que la grossesse approche du terme.

Cette infestation paludéenne d'un fœtus encore insuffisamment apte à se défendre contre l'infection, jointe aux accès palustres que celui-ci peut présenter « in utéro », comme le démontrent nombre d'observations, expliquent non seulement les manifestations cliniques de la souffrance fœtale, mais aussi le nombre considérable d'interruptions de la grossesse causées par la mort « in utéro » du fœtus, mort provoquée par le paludisme de la mère.

Ainsi, que ce soit par débilité primitive de l'ovule,

par obstacle à l'ovulation, par gêne à la fécondation, par nidation ectopique, par interruption précoce ou tardive de la gestation, le paludisme peut et doit être considéré comme un des principaux facteurs de stérilité chez la femme arabe.

2. *Quand le paludisme permet à la grossesse d'évoluer jusqu'au terme, il perturbe le travail et influe fâcheusement sur les suites de couches.*

Nous avons suffisamment souligné l'atteinte du muscle utérin par le paludisme, pour qu'il nous soit permis de ne plus nous étendre sur les perturbations de la mécanique utérine au cours de l'accouchement et des suites de couches. Qu'il nous suffise de rappeler la possibilité d'accouchement rapide et de contracture utérine au cours du paludisme aigu, le nombre important des inerties utérines au cours du paludisme chronique, le caractère fréquent hémorragipare de la délivrance, la multiplicité des rétentions placentaires totales ou partielles, le défaut d'involution « post-partum » de l'utérus paludéen, pour insister sur trois points plus particuliers :

— *L'allure de la courbe thermique dans les suites de couches des paludéennes.*

— *L'influence du paludisme sur la lactation.*

— *La possibilité d'hémorragies profuses lors du retour de couches.*

a) *Fréquemment la courbe thermique* des accouchées paludéennes est influencée par l'apparition subite de réveils fébriles brutaux qui, s'expliquant peut-être par le retentissement splénique des troubles circulatoires abdominaux (Vignes), sont susceptibles de faire errer le diagnostic d'un clinicien insuffisamment

averti. Celui-ci recherchera longtemps en vain l'explication des clochers thermiques au niveau des seins, des reins, des veines pelviennes, du tube digestif, de l'utérus et des annexes, alors que l'étude des antécédents, l'examen d'un seul frottis pratiqué peudant les accès, ou l'injection intra-musculaire d'un gramme de quinine feraient lever tous ses doutes. Cette erreur est d'autant plus facile que le paludisme des suites de couches peut ne se manifester que par un ou quelques accès dépourvus de tout horaire classique.

Combien de cas de « fièvres de lait », de « collibacilloses transitoires des suites de couches » observés chez l'indigène récemment accouchée ne sont que des réveils palustres méconnus !

b) Un deuxième point qui mérite de retenir l'attention est *l'influence fâcheuse du paludisme sur la lactation.* On observe en effet fréquemment, chez les nourrices arabes, des poussées de mammites palustres intermittentes, trop souvent confondues avec des engorgements mammaires, des mammites septiques.

Il importe de savoir que ces mammites paludéennes qui accompagnent un accès de paludisme, disparaissent avec celui-ci sous la seule influence d'une piqûre de quinine. Signalons enfin chez les paludéennes la possibilité d'une sécrétion lactée séreuse d'une valeur nutritive à peu près inexistante, et l'influence toxique d'un paludisme aigu sur le lait maternel, susceptible de déterminer parfois des troubles si graves chez l'enfant que l'interruption de l'allaitement s'impose.

Enfin, il n'est pas rare d'observer chez l'indigène, lors du retour de couches, des hémorragies longues et profuses, parfois apyrétiques, mais généralement accompagnées d'un clocher thermique plus ou moins accusé. Ces hémorragies, qui peuvent durer plusieurs

jours, cessent d'une façon aussi rapide que surprenante après l'injection de quinine ou l'absorption combinée de plasmochine et de quinacrine.

3. *L'enfant né vivant d'une paludéenne est lui-même toujours plus ou moins débile et très souvent paludéen,* qu'il s'agisse de paludisme fœtal, dont nous avons vu la réalité hématologique et les manifestations cliniques « in utéro », sous forme de crises convulsives du fœtus ; ou de paludisme héréditaire : précoce survenant dès les premiers jours de la naissance, ou tardif apparaissant parfois plusieurs semaines après l'accouchement. L'enfant impaludé congénitalement reproduit toujours, de façon exacte, la forme clinique de la fièvre maternelle, et son sang renferme toujours les mêmes formes d'hématozoaires que celui de la mère.

4. *Conclusion.* Ainsi, tantôt stérilisant, tantôt fœticide, toujours grave pour la mère, et fréquemment inoculé « in utéro » à l'enfant qui va naître, le paludisme joue vis-à-vis des mères et des enfants, et plus particulièrement des mères et des enfants indigènes puisque chez eux ce mal est endémique, le rôle d'un véritable fléau dont la portée sociale égale celle de la syphilis avec laquelle il s'allie si fréquemment pour constituer ce complexe pathologique bien spécial à l'Algérie que l'on a décrit sous le nom de « paludate de vérole ».

D. Maladies contagieuses et troubles de carence

A côté de ces deux grands fléaux maternels : maladies vénériennes et paludisme, nous devons signaler comme causes de mortalité des mères : les maladies contagieuses et les troubles de carence.

Les maladies contagieuses plus fréquemment rencontrées en milieu indigène sont par ordre de fréquence : le typhus, la variole, la typhoïde, le typhus récurrent.

Inutile d'insister sur l'allure morbide que ces affections présentent au cours de la grossesse, sur les influences abortives qu'elles auront sur la gestation, tous caractères qui sont communs en pathologie obstétricale quelles que soient la nature et la race de la mère.

Quant aux troubles de carence, nous jugeons inutile de reprendre ici l'étude de leur étiologie. Elle s'explique par les mœurs et coutumes musulmanes précédemment exposées, par leur mode d'alimentation carencée dont les effets seront évidemment d'autant plus néfastes que les besoins de l'organisme seront accrus durant l'évolution d'une grossesse.

E. Fléaux importés en Algérie

Si, comme nous venons de l'exposer, la pénétration française a amélioré l'ensemble des statistiques sanitaires, si elle a causé une diminution considérable des cas de syphilis, de paludisme, d'amibiase, par contre, la venue de l'Européen sur le sol d'Algérie n'a pas été sans causer l'implantation dans ce pays de deux fléaux sociaux qui étaient jusqu'ici à peu près inconnus de l'indigène, nous voulons dire la tuberculose et l'alcoolisme.

a) La tuberculose

Cette affection, jadis ignorée des masses indigènes, devient chaque jour plus importante. Les statistiques de la ville d'Alger démontrent que le taux des décès par tuberculose est de 2,6 p. 1.000 chez les Européens et de 7,7 p. 1.000 chez les indigènes.

Comment expliquer ce pourcentage étant donné que l'Arabe ignorait à peu près la tuberculose avant la venue des Français en Algérie ? Le Docteur Lemaire nous en donne plusieurs explications :

1. *L'influence néfaste du déracinement.*

Attiré par l'appât du gain, l'indigène quitte sa montagne, son soleil, son climat pour aller en France dans les villes, dans les mines, sous un climat qui lui est peu propice ; au contact de bacillaires il contracte très rapidement une tuberculose dont l'évolution sera d'autant plus grave, d'autant plus rapide, qu'elle évolue sur un terrain vierge. Cette influence s'est manifestée de façon évidente dans les statistiques de l'armée. Celles-ci, en effet, montrent le taux considérable de tuberculoses rapidement mortelles chez les indigènes appelés à servir en France pendant la guerre. Il en est de même des indigènes qui quittent leur douar pour venir dans les grandes villes d'Algérie travailler au contact des Européens, sans pour cela partager leur mode de vie : ils continueront en effet à vivre nombreux dans une même pièce plus ou moins mal éclairée, plus ou moins humide, dans des quartiers surpeuplés, pourvu que le logement ne soit pas cher. Cette promiscuité, ce défaut d'hygiène, joints aux facteurs de contamination et d'hypoalimentation, expliquent la gravité toute spéciale de la tuberculose de l'Arabe même sur le sol d'Algérie.

2. *Le rapatriement des ouvriers indigènes contaminés en France.*

Dans le but de freiner l'évolution à peu près fatale de la tuberculose chez l'indigène venu en France, les médecins militaires et civils ont conseillé le rapatrie-

ment des indigènes contaminés. Ceux-ci de retour dans leur foyer, dans leur gourbi, ont constitué autant de porteurs de germes hypervirulents pour les familles nombreuses vivant sous le même toit, d'où la fréquence des contaminations familiales et l'importation de cette affection dans les douars où jusqu'ici elle était inconnue.

A ces deux facteurs étiologiques primordiaux, il importe d'adjoindre ceux inhérents à l'habitat et à l'hypoalimentation habituels des Arabes, qui font de ceux-ci des êtres particulièrement prédisposés à la tuberculose.

Au point de vue obstétrical le problème de la tuberculose chez la femme arabe assombrit le pronostic déjà si fâcheux de cette coexistence pathologique. En effet, si une tuberculose survenant chez une femme enceinte européenne soulève des difficultés thérapeutiques bien spéciales, chez la femme arabe ce problème sera encore bien plus difficile à résoudre et ce pour deux raisons :

1° Parce que la tuberculose de la femme arabe est généralement une tuberculose de primo-infection, une tuberculose à évolution suraiguë, puisqu'elle survient sur un terrain vierge qui n'a pu bénéficier par ce fait de cette sorte de vaccination ancestrale dont tous les auteurs reconnaissent les bienfaits.

2° Parce que la femme arabe est négligente, parce qu'elle est hypoalimentée, parce qu'elle attend toujours trop avant de se décider à consulter un médecin.

En pratique le problème de la thérapeutique de la tuberculose chez la femme arabe enceinte se pose au clinicien sous deux aspects différents : tantôt c'est une femme enceinte qui présente les débuts d'une tuberculose dépistée dans une consultation prénatale;

si la grossesse est près du terme, le traitement différera peu de celui imposé en pareil cas chez une Européenne; mais quand la tuberculose survient au début de la gestation, quand il y a indication à interrompre la grossesse pour sauvegarder la mère, le médecin se heurtera au refus systématique de la malade et de sa famille qui ne conçoivent ni la gravité du mal ni le rapport qu'il peut y avoir entre la gestation et la tuberculose.

Parfois, soit longtemps après avoir refusé l'intervention obstétricale, soit lorsque, consciente du mal qui l'accable, elle vient implorer le secours de la médecine, il est à ce moment trop tard pour la sauver. La mère est condamnée, le médecin voudrait alors sauver l'enfant, malheureusement, il se heurtera encore à un refus nouveau, et il lui sera impossible de pratiquer la césarienne salvatrice pré ou post-mortem ; si bien que, dans la majorité des cas, quand la tuberculose survient chez une gestante indigène, il est, du fait de l'ignorance, de l'incompréhension, du fatalisme des indigènes, à peu près impossible à la médecine de s'exercer, la mère et l'enfant seront victimes de la maladie.

b) L'Alcoolisme

Aux temps préislamiques les Arabes buvaient de l'alcool et toujours plus que de raison. Les poètes de ce temps chantaient de façon très imagée, non seulement les mérites de leur monture et les charmes de leurs femmes, mais aussi la douce ivresse que leur procurait l'alcool. Enfin Mahomet vint ! S'apercevant des abus de ses frères, il fit du Coran, en plus d'un code religieux et moral, un précis d'hygiène et interdit toutes boissons alcoolisées aux musulmans.

C'est ainsi qu'avant la conquête, l'indigène d'Algérie ne buvait pas d'alcool.

Au contact des Européens il a contracté à nouveau ce vice et nombreux sont ceux qui à l'heure actuelle boivent, malgré la défense du Coran, non seulement du vin mais aussi de l'anisette, du rhum, et ceci bien souvent avec excès. Si bien que l'alcoolisme peut à l'heure actuelle rentrer dans le cadre des fléaux algériens, et la femme arabe, si elle ne boit pas, sera la victime indirecte de cette intoxication. Elle devra subir non seulement la brutalité et les privations que comportent la présence d'un alcoolique dans un foyer, mais aussi les méfaits congénitaux de l'alcoolisme.

CHAPITRE III

PROPHYLAXIE

En face de cette mentalité musulmane, de cette pathologie algérienne, de cet effrayant bilan de mortalité fœtale, infantile et maternelle, que devons-nous tenter de faire ? Ce serait la revision complète de toute notre assistance qu'il faudrait traiter ici ; mais, le but de ce travail est plus modeste, puisqu'il s'agit d'une contribution à la défense de la mère et de l'enfant contre les fléaux algériens précédemment énumérés ; aussi nous bornerons-nous à exposer quelques suggestions empruntées pour la plupart à nos bienveillants collaborateurs.

Le but de l'assistance obstétricale, comme celui de toute assistance médicale est double :

1° Augmenter le nombre des naissances.

2° Diminuer la mortalité.

A. Pour augmenter le nombre des naissances

Il faut avant tout favoriser l'instinct prolifique de l'indigène et pour cela deux moyens :

1° La lutte contre la stérilité en milieu arabe.

2° L'assistance matérielle à la mère et à l'enfant.

a) La lutte contre la stérilité

Elle sera dirigée surtout contre deux fléaux : la syphilis et le paludisme. Cette lutte sera d'autant plus facile que la femme arabe stérile acceptera facilement tous les traitements, même le traitement chirurgical, pour avoir des enfants ; mais encore faut-il qu'elle sache que la médecine française peut ce que toute sorcellerie est incapable de faire, c'est-à-dire lui donner un enfant, et un enfant vivant. C'est là le rôle de la propagande qu'il importe d'accroître chaque jour par tous les moyens. Cette lutte sera en outre considérablement facilitée par ce fait que l'indigène a une foi chaque jour plus grande dans nos piqûres, qu'il s'agisse d'injections de quinine ou de produits spiricides ; ce qu'il faut, c'est lui donner le moyen de se faire traiter sans bourse délier, en instituant dans chaque douar, sous la direction des médecins, des séances de piqûres bi ou tri-hebdomadaires, toutes rigoureusement gratuites, pratiquées par les infirmières-visiteuses pour les Mauresques, par les auxiliaires médicaux pour les hommes.

b) Assistance a la mère et a l'enfant

Quand, sous l'influence bienfaisante de ces traitements, ou en dehors de ceux-ci, une femme devient enceinte, il faut organiser pour elle un service d'assistance gratuite, de façon telle que la grossesse et l'enfant ne soient plus des charges trop lourdes pour un budget familial limité. Dans ce but, l'application à l'Algérie des lois qui régissent en France l'assistance aux mères et aux nourrissons s'impose. En effet ici, plus que partout ailleurs, la femme indigène enceinte, même lorsqu'elle est malade, est dans l'obligation de

travailler jusqu'au terme et parfois sitôt après l'accouchement pour aider le mari à subvenir aux impérieux besoins de la famille. Il importerait donc d'organiser tout un système de primes à la naissance, à l'allaitement, aux familles nombreuses, etc... Les secours étant essentiellement en nature (vêtements, savon, vivres divers) plutôt qu'en argent, de façon à déjouer, en partie au moins, le penchant égoïste bien connu de certains pères, pour en faire bénéficier essentiellement les intéressés : la mère et surtout l'enfant.

B. Pour diminuer la mortalité indigène il faut :

1. Combattre les fléaux pathologiques de la grossesse en milieu arabe.

2. Engager la lutte contre la dystocie.

3. Organiser un système d'assistance aux nouveaunés.

1° Contre les fléaux de la grossesse

Syphilis, tuberculose, paludisme, maladies contagieuses, hypoalimentation, etc... qui déciment et débilitent les mères en compromettant dangereusement l'évolution de leur gestation, il faut s'assurer à la fois le concours des hygiénistes et des médecins.

Aux premiers incombent les problèmes de l'adduction d'eau potable, de l'alimentation des masses, de la salubrité des régions, de l'habitat indigène, etc...

Aux seconds le dépistage et le traitement des tares héréditaires ou acquises.

Le problème de l'eau est actuellement à peu près résolu. Filtres, adductions, forages, captage des sour-

ces; barrages, institutions de périmètres de protection ont permis au service des Eaux et Forêts d'assurer l'approvisionnement régulier et suffisant des villes et des villages en eau potable. Dans un avenir très proche il est à prévoir que cette heureuse influence verra ses bienfaits s'étendre dans les douars les plus éloignés, contribuant ainsi efficacement à la lutte contre les maladies contagieuses qui, transmises par les eaux de sources polluées, ravagaient des régions entières autrefois.

L'habitat indigène, question nouvelle, mais combien pressante, préoccupe surtout actuellement le Gouvernement Général. Jadis apparaissant insoluble, ce problème entre chaque jour davantage dans le domaine des réalisations. Certaines villes, certains villages, sur des bases d'hygiène française, ont su adapter à la mentalité et aux mœurs arabes, des réalisations urbaines dans leur voisinage immédiat, rendant à la fois la contagion difficile et la tâche du service d'hygiène plus aisée. Quand le foyer indigène aura une maison, si petite soit-elle, avec des murs qui la protégeront contre le froid et le vent, un toit qui la préservera de la pluie, la mère pourra se consacrer davantage à sa famille et la France pourra être fière de sa création. Il est à prévoir que, dans un avenir proche, la plupart des villes et villages, grâce à un effort budgétaire louable, seront dotés de semblables créations urbaines, objectivant une fois de plus le rôle bienfaisant de la France sur le sol algérien.

La question de l'insalubrité de certaines régions plus particulièrement infestées par l'hématozoaire, les amibes, etc., a, depuis toujours, retenu l'attention des pouvoirs publics. L'évacuation des marais, l'aménagement des cours d'eau, la quininisation, etc., voient chaque jour leurs efforts couronnés d'un succès accru

et que les statistiques traduisent par une diminution globale des cas de paludisme, de dysenterie, de typhoïde, etc...

Il importe de poursuivre ces efforts jusqu'au plein succès.

A la lutte contre le paludisme il importe d'adjoindre la lutte contre les maladies vénériennes auxquelles l'indigène paie un tribut peut-être plus grand qu'au paludisme. MM. Lacroix et Colonieu, au Congrès de Tunis de 1934, ont démontré, chiffres à l'appui, l'importance des progrès déjà réalisés dans ce domaine. Ils ont insisté sur l'efficacité de la lutte antivénérienne dans les services hospitaliers et les dispensaires. Ils ont attiré l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'une révision de la réglementation actuelle de la prostitution, sur l'impérieux devoir de sévir contre les clandestines, sur le besoin d'organiser la propagande antivénérienne, de montrer au public le spectre de la syphilis, de la gonococcie, en utilisant à cet effet toutes les méthodes de diffusion qui sont à notre disposition, en les adaptant essentiellement à la compréhension des indigènes (conférences indigènes, tracts, affiches, séances cinématographiques gratuites en arabe, etc.) ; ils ont enfin insisté sur la difficulté que rencontre la prophylaxie dans le bled où bien des tentatives se heurtent au fatalisme mahométan. Pourtant c'est dans le bled que vit la masse des indigènes, c'est dans le bled que les fléaux sociaux se font le plus lourdement sentir, c'est là par conséquent qu'il faudra désormais diriger tous nos moyens d'action, les confier à des gens qui devront nécessairement parler arabe pour être compris par la masse de ces 6.500.000 indigènes dont la majorité est malheureusement encore illettrée.

2. Lutte contre la dystocie algérienne

Nous avons vu que la dystocie indigène était caractérisée par trois facteurs étiologiques primordiaux :

a) *La négligence.*

La femme arabe ne consulte pas pendant la grossesse, se fait accoucher par des matrones aussi négligentes et inexpérimentées qu'elle-même et n'observe aucune espèce d'asepsie tant pour l'accouchement que pendant les suites de couches.

b) *La syphilis* : si fréquente en milieu arabe et très négligée, qui explique la plupart des dystocies maternelles et fœtales.

c) *La misère physiologique* qui, jointe à la précocité du mariage, à la succession ininterrompue des grossesses, est une des raisons principales de la plupart des dystocies osseuses (bassins infantiles, rachitiques, ostéomalaciques).

Contre ces facteurs, nous avons signalé la possibilité de lutter efficacement grâce à l'enseignement obligatoire, à la propagande, à la lutte anti-syphilitique, à la multiplication des dispensaires, des consultations pré-natales, des maternités, grâce à l'aide financière aux œuvres sociales, à l'intensification de tous les moyens actuels de dépistage et de lutte contre les divers fléaux pathologiques.

Pour lutter efficacement contre la misère physiologique, il faut certes améliorer le sort de l'indigène par des secours, par l'aménagement des salaires des ouvriers agricoles, par l'Office du blé qui devrait permettre de lui offrir son aliment essentiel à un prix cependant plus abordable... mais aussi en luttant contre le tempérament à la fois fataliste et insouciant de certaines peuplades.

3. Assistance aux nouveau-nés

Cette assistance doit étendre son influence sur tous les enfants, depuis leur naissance jusqu'à l'âge de 2 ans. Elle sera facilement réalisée pour les nourrissons dans les maternités, les consultations publiques et privées pour nourrissons, les gouttes de lait et surtout par les encouragements de toutes sortes en faveur de l'allaitement maternel. Si la femme arabe est bonne nourrice, on a pu dire même trop bonne nourrice, elle n'en ignore pas moins les principes les plus élémentaires de la diététique du nourrisson, elle ignore aussi bien les dangers de l'hypo que ceux de l'hyperalimentation ; son nourrisson n'est pas réglé, elle lui donne le sein quand il le désire et il le réclame à ses yeux chaque fois qu'il crie, aussi bien le jour que la nuit. Elle le nourrira ainsi jusqu'à ce qu'elle n'ait plus de lait ou jusqu'à ce qu'une nouvelle grossesse survienne. Il en résulte toutes sortes de troubles, depuis la simple gastro-entérite jusqu'aux troubles par carence en passant par l'anémie ferriprive. En outre, elle ne baigne pas ou très peu son enfant, elle le couvre de haillons, le transporte sur son dos, l'exposant à toutes les intempéries... il importe de l'éclairer sur les risques d'une telle méthode, de lui apprendre les avantages de la diététique, de l'hygiène. Un système de primes aux mères allaitant convenablement leur nourrisson serait susceptible d'avoir les plus heureux effets.

Cette assistance aux nourrissons sera d'autant plus facile que l'enfant pourra bénéficier, grâce à l'assistance aux mères, des bienfaits de celle-ci ; mais quand pour une raison quelconque la mère est dans l'obligation de travailler, et par conséquent de se séparer de son enfant, il ne faut pas chercher la solu-

tion dans les nourrices, aussi dangereuses par leurs antécédents que par leur incompétence, mais dans les crèches, les gouttes de lait, les garderies d'enfants, dont il importe d'intensifier les créations dans toutes les villes d'Algérie, confiant la direction de celles-ci à des médecins secondés par un personnel spécialement éduqué.

Il faut, en outre, penser aux orphelins indigènes qui voient leur mère remplacée par la grand'mère ou une femme de la famille, parfois par une chèvre, quelquefois même nourris de thé, de lait plus ou moins bouilli, de « couscous », de semoule, et qui, de ce fait, contractent rapidement la gastro-entérite mortelle, si bien qu'on a pu dire « l'orphelin indigène est voué à la mort ». Il faut prévoir une surveillance spéciale de ces cas particuliers et encourager, comme il convient, ceux qui se consacreraient au développement de ces malheureux orphelins.

Pour parvenir à ces fins diverses, il importe d'organiser l'assistance médicale gratuite en faveur des indigènes, et surtout de rendre l'indigène apte à bénéficier de l'assistance qui lui sera dès lors offerte.

CONCLUSION

L'effort de la France en faveur de l'assistance obstétricale ne s'est démenti à aucun moment depuis son occupation de l'Algérie, et l'augmentation de la population est passée de deux millions à six millions cinq cent mille en cent ans. La France se doit de poursuivre la mission que le destin lui a confiée avec une ardeur et une foi sans cesse accrues par les résultats obtenus, en organisant ses moyens d'action de façon à lutter contre les fléaux qui menacent plus particulièrement la mère et l'enfant en Algérie.

Contre le fatalisme, les préjugés et l'ignorance, elle doit offrir à la masse indigène l'enseignement gratuit et obligatoire, ainsi que la vulgarisation scientifique la plus large comme base du relèvement rapide de la condition de chacun.

Contre les tares physiologiques et la maladie, elle doit apporter, avec le maximum de générosité, les progrès de la science médicale et de l'hygiène par l'accroissement rapide du nombre des médecins, des sages-femmes et des centres hospitaliers et aussi par l'organisation moderne de l'habitat.

Contre la stérilité, la mortinatalité, la morbidité et la mortalité infantiles et maternelles, elle doit étendre aux indigènes le concours sans cesse accru des progrès médicaux.

A la misère et à la rareté, la France doit opposer

l'ère scientifique de la production, de l'abondance et des généreuses répartitions qui en découleront normalement dès que la paix sera revenue et que l'époque des destructions de richesses que nous vivons à l'heure actuelle aura définitivement cessé.

Pour résumer notre tâche, nous rappellerons cette phrase que notre Maître le Professeur Laffont prononçait dans sa leçon inaugurale à la Faculté en 1927 : « Tant que nous n'aurons pas fait pénétrer jusqu'au fond des douars tous les moyens que la science peut mettre à la disposition de la femme qui souffre et enfante, notre œuvre civilisatrice comportera des lacunes regrettables. »

BIBLIOGRAPHIE

Abadie-Feyguine. — L'assistance médicale aux femmes indigènes. *Thèse*, Montpellier, 1905.

Abou-Beckr (Abdeslem ben Choaib). — Les marabouts guérisseurs. *Bulletin de la Société de Géographie et d'Archéologie de la province d'Oran*, t. XLIV, fasc. CLXVIII, 3e et 4e trimestres 1924.

Abou-Beckr (Abdeslem ben Choaib). Notes sur les amulettes chez les indigènes algériens. *Revue Africaine*, nos 372-373, 3e et 4e trimestres 1937.

Abou-el-Mouna-Abou-Nasre. — Livre à l'usage des Pharmaciens. Imprimerie El Hassimia, Le Caire, 1937.

Abd-er-Rezzaq-el-Djezaïry. — Kocheuf Er-Roumouz (Traduction du Dr Leclerc). Baillère et Leroux, Paris, 1874.

Abou Salem Elayachi. — Recueil d'utilités médicales, Alger, 1660.

Amat (C. A.). — Le M'zab et les M'zabites.

Amoureux. — Essai historique et littéraire sur la médecine des Arabes. Montpellier, 1865.

Aranda (Emmanuel d'). — Relation de sa captivité à Alger. Paris, Gervais-Clousier, 1657.

Basset. — Etude sur la zénatia du M'zab, d'Ouargla et de l'Oued Rhir. *Thèse*, Paris, Leroux, 1892.

Ben Azara. — Six mois chez les Touareg du Ahaggar. In *Bull. Soc. Géographie d'Alger*, 1906.

Ben Larbey. — La médecine arabe en Algérie. *Thèse*, Paris, 1884.

Ben Omar El Tousni. — Voyage au Darfour. Traduction du Dr Perron.

Bernard (Augustin). — L'Algérie.

Bertherand. — Médecine et hygiène des Arabes. Paris, 1885.

Bourrel. — Assistance obstétricale en Algérie. *Thèse,* Alger, 1937.

Bousquet et Jahier. — « L'enfant endormi ». *Bulletin de Législation Algérienne,* 1941.

Brindeau. — La pratique de l'art des accouchements.

Brockelmann. — Geschichte der Arabischen Littératur, 1897-1902. Articles : Médizin.

Browne (E.-G.). — La médecine arabe (Arabiane Médecine). Edition française annotée par le Dr H. Renaud. Larose, Paris, 1933.

Brunhes (J.). — La Géographie humaine. Alcan, Paris, 1912.

Bussy (Roland de) et Rousseau. — Médecins maures. *Moniteur Algérien,* février 1840.

Carra de Vaux (Baron). — Les penseurs de l'Islam.

Carrieu. — L'hygiène dans le Coran. *La Chronique médicale,* 1er décembre 1926.

Carrieu. — L'hygiène dans le Talmud. *La Chronique médicale,* 1er décembre 1927.

Cherif Ahmed. — Histoire de la médecine arabe en Tunisie.

Choussat. — La lutte anti-syphilitique à la Maternité d'Alger. *Thèse,* Alger, 1934.

Daga. — Documents pour servir à l'histoire de la syphilis chez les Arabes. *Archives Générales de la Médecine,* août-septembre 1864.

Daumas. — Mœurs indigènes.

Daumas. — La Grande Kabylie.

Daumas. — La femme arabe. In *Revue Africaine,* LVI, 1er trimestre 1917.

Delacroix. — Relation universelle de l'Afrique ancienne et moderne. 1688.

Deport. — L'Algérie du Centenaire. Librairie du Recueil Sirey, Paris, 1929.

Desfontaines. — Voyage en Barbarie.

Deyme. — La protection maternelle et infantile aux colonies françaises. *Thèse* Alger, 1935.

Doutté (Ed.). — Magie et religion de l'Afrique du Nord.

Doutté (Ed.). — Marabouts.

Duhaze (Pierre). — Etude des prescriptions religieuses et des coutumes concernant la femme pendant la menstruation et les suites des couches. *Thèse*, Paris, 1922.

Dupouy (Ed.). — Médecine et mœurs de l'ancienne Rome. Paris, Baillière, 1885.

Feradj Khan (Emir). — Hygiène et Islamisme. *Thèse*, Lyon, 1904.

Furnari. — Voyage dans l'Afrique septentrionale.

Gaudefroy-Demonbynes. — Les institutions musulmanes. Flammarion, Paris, 1920.

Gautier (E.). — Mœurs et coutumes musulmanes. Payot, Paris, 1926.

Gautier (E.). — Les siècles obscurs du Maghreb. Payot, Paris, 1931.

Gemayel (Amin). — L'hygiène et la médecine à travers la Bible. Paris, Gartner, 1932.

Gillot et Laffont. — La commission consultative de la protection maternelle et infantile de l'Algérie. Congrès international de la protection de l'enfance, Paris, 1933.

Goichon (A.-M.). — La vie féminine au M'zab. Paris, Gartner, 1927.

Guiart. — L'obstétrique dans l'ancienne Egypte.

Hariz (G.). — La part de la médecine arabe dans l'évolution de la médecine française. *Thèse*, Paris, 1922.

Hayes. — L'accouchement.

Huguet. — Les conditions générales de la vie au M'zab. In *Bull. Soc. Anthropologie,* 1903.

Kharon Schlioma. — Principes médicaux et hygiéniques des Hébreux. *Thèse,* Toulouse, 1914.

Koning (P. de). — Trois traités d'anatomie arabe. Leide, 1903.

Lacroix et Lamy. — Ostéomalacie puerpérale et vitamine B. *Algérie Médicale,* février 1939.

Laffont. — Le développement de la Maternité d'Alger et le problème de l'assistance aux femmes en couches en Algérie. *Rev. franç. de Gynécologie et d'Obstétrique,* juin 1930.

Laffont. — L'assistance aux femmes en couches en Algérie. Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Alger, avril 1930.

Laffont et Jahier. — Le paludisme au cours de la puerpéralité à la Maternité d'Alger. II[e] Congrès du Paludisme, Alger, mai 1930.

Laffont et Fulconis (H.). — Le paludisme congénital à la Maternité d'Alger. II[e] Congrès du Paludisme, Alger, mai 1930.

Laffont. — La mortinatalité et la mortalité infantiles au point de vue pathologique. Conférence internationale pour l'enfance française, Genève, 1931.

Laffont. — Ostéomalacie en Algérie. Académie de Médecine, 1932.

Laffont. — La syphilis à la Maternité d'Alger. La prophylaxie antisyphilitique dans les oasis sahariennes. Congrès de médecine de Tunis, mars 1934.

Laffont. — La protection des mères en Algérie. Conférence radiodiffusée par le poste radiophonique d'Alger, 31 mai 1934.

Laffont. — Rapport des missions dans les Territoires du Sud, novembre 1933. Gouvernement Général de l'Algérie.

Laffont. — La surveillance et l'instruction des matrones en Algérie. Congrès international de la protection de l'enfance, Paris, 1933.

LAFFONT et SECINI. — L'ostéomalacie puerpérale en Algérie. Congrès de l'Ass. franç. pour l'avancement des sciences, Alger, avril 1930.

LAFFONT. — La Maternité d'Alger, son rôle universitaire et social. Leçon inaugurale, février 1927.

LAFFONT et FULCONIS. — La protection obstétricale en Afrique française. Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française. Paris, 1937.

LAFFONT. — Coutumes obstétricales et gynécologiques en Afrique du Nord. Leçon du jeudi soir à la clinique Tarnier. Vigot, Paris, 1937.

LAFFONT. — Les couples stériles à la Maternité d'Alger, 1935

LAFFONT. — L'emploi du lipiodol en Algérie. Congrès d'électroradiologie, Rouen, 1935.

LAFFONT et FULCONIS. — De la stérilité primitive en Afrique du Nord. Gynécologie et obstétrique. Paris, 1937.

LAFFONT. — La lutte contre la stérilité en Afrique du Nord. *Annales universitaires*, Alger, 1942.

LAIMECHE et BENDAOUD. — Le Coran (traduction). Heintz, Oran, 1931.

LASNET. — Rapport présenté à la Conférence impériale. Paris, 1934-35.

LATAILLADE. — Coutumes et superstitions obstétricales en Afrique du Nord. *Thèse*, Alger, 1936.

LEBLANC (Ely). — Choses et gens du Hoggar.

LEBON (Gustave). — La civilisation des Arabes. Paris, 1884.

LECLERC (Lucien). — Histoire de la médecine arabe, particulièrement de la médecine des Arabes en Algérie. Paris, E. Leroux, 1876, 2 vol.

LECLERC (Lucien). — Une mission médicale en Kabylie. Paris, J.-B. Baillère, 1864.

LEGEY (Doctoresse). — Essai de folk-lore marocain.

LÉJEUNE. — La médecine de colonisation et l'assistance médicale indigène en Algérie. *Thèse*, Alger, 1941.

Lemaire. — Compte rendu des travaux du bureau municipal d'hygiène. De 1926 à 1932.

Lemansky. — Mœurs arabes.

Lens (A.-R. de). — Pratique des harems marocains. Sorcellerie, médecine et beauté.

Lestibois. — Voyage en Algérie, 1852.

Llouquet. — L'assistance obstétricale en Algérie. *Thèse*, Alger, 1936.

Longo. — La médecine arabe en Algérie. *Revue de l'Afrique française*, t. VI, Paris, Hachette, 1888.

Luxereau (M.). — De quelques croyances populaires sur la grossesse et l'accouchement. *Thèse*, Paris, 1931.

Magnol (Th.). — L'ostéomalacie puerpérale en Algérie. Alger, 1936.

Mahomet. — Le Coran.

Malmassari. — De l'avortement chez la femme indigène musulmane principalement en Algérie. *Thèse*, Alger, 1934.

Mantelet (Mme Th.). — Contribution à l'étude de l'ostéomalacie chez la femme indigène en Algérie. Alger, 1933.

Masqueray. — Formation des cités chez les sédentaires de l'Algérie. *Thèse* de la Faculté des Lettres, Paris, 1886.

Masqueray. — La chronique d'Abou Zacharia. Aillaud, Alger 1878.

Masseboeuf (Jean). — La vie génitale de la femme dans l'Orient méditerranéen antique. *Thèse*, Alger, 1934.

Mauchamp (Emile). — La sorcellerie au Maroc.

Mercier (Ernest). — La condition de la femme musulmane dans l'Afrique septentrionale.

Mercier (M.). — La civilisation urbaine au M'zab. Paris, Gartner, 1922.

Montaldo. — Mortalité infantile en Algérie. Polymortalité et hérédo-syphilis chez l'enfant indigène algérien. *Thèse*, Alger, 1933.

Montet (E.). — Le culte des saints musulmans dans l'Afrique du Nord et plus spécialement au Maroc. Genève, 1909.

Moulieras. — Le Maroc inconnu.

Odinot. — Le monde marocain.

Pascal (J.-M.). — Essai médical sur le M'zab. In *Archiv. de l'Institut Pasteur d'Algérie*, t. XII, 1934.

Peyssonnel. — Voyages dans les Régences d'Alger et de Tunis. Publiés avec ceux de Desfontaines, par Dureau de la Malle. Paris, Gide, 1838.

Perrier. — Hygiène en Algérie, 1847.

Picard, Raynaud et Soulier. — Hygiène et pathologie Nord-africaines. Assistance médicale. *Collection du Centenaire de l'Algérie*, tomes I et II.

Poiret (Abbé). — Voyage en Barbarie. Paris, 1789.

Randouin (Mlle). — La question des vitamines. Collection de monographies, 1927.

Regla (Paul de). — El Ktab des lois secrètes de l'amour d'après le Khodja Omer Haleby Abou Othman.

Richardot. — La pratique médicale des indigènes d'Algérie. *Thèse* Toulouse, 1896.

Robert. — L'Arabe tel qu'il est. Alger, 1900.

Roches (Léon). — Trente-deux ans à travers l'Islam. F. Didot, 1884.

Rouvier et Laffont. — Les Mauresques à la Maternité d'Alger. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1912.

Rouyer (Jules). — Etudes médicales sur l'ancienne Rome. Paris, A. Delahaye, 1859.

Schaw. — Voyage dans la Régence d'Alger. Traduction Mac Carthey. Paris, Merlin, 1830.

Si Khalil 'Eba Ishak. — Commentaires des Hadits de Mahomet.

Trabut (L.). — Répertoire des noms indigènes des plantes spontanées, cultivées et utilisées dans le Nord de l'Afrique.

Van Gennep. — En Algérie.

Van Gennep. — Ethnographie algérienne.

Viard. — Les droits politiques des indigènes d'Algérie. Librairie Sirey, Paris 1937.

Vignes (H.). — Les vitamines et les avitaminoses chez les femmes enceintes. *Annales Nest.*, 12e fascicule, 1937.

Villot. — Mœurs, coutumes, institutions des indigènes de l'Algérie.

Vincent. — Exposé clinique des maladies des Kabyles.

Wahl (M.). — L'Algérie. Paris, Baillière, 1882.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 21

Les Coutumes musulmanes 25

Le fatalisme musulman 25

L'ignorance de la femme indigène 28

Conclusions 42

Les Fléaux pathologiques 53

Chez l'enfant 53

Mortinatalité 54

Morbidité 55

Chez la mère 57

L'ostéomalacie 57

Fléaux inhérents à la pathologie algérienne. 67

Syphilis 67

Gonococcies 69

Paludisme 69

Maladies contagieuses 80

Tuberculose 81

Alcoolisme 84

Prophylaxie 87

Augmenter le nombre des naissances 87

Diminuer la mortalité indigène 89

Conclusion 95

Bibliographie 97

Vu : *Le Président de Thèse,*
LAFFONT.

Vu : *Le Doyen,*
LEBON.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 4 juillet 1942.
Le Recteur,
ROYER.

Imprimeries « La Typo-Litho » et Jules Carbonel réunies — Alger